Processo de Enfermagem: da teoria à prática

Processo de Enfermagem: história e teoria

Carla Argenta
Edlamar Kátia Adamy
Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt

UFFS
EDITORA

Editora UFFS
COLEÇÃO
Processo de Enfermagem: da teoria à prática

Coordenação:
Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt

Versão digital: agosto de 2022.

Apresentação da Coleção

A Coleção Processo de Enfermagem: da teoria à prática consiste na produção de obras com teor didático e pedagógico, cuja principal finalidade é a formação em enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) é a ferramenta metodológica de trabalho do enfermeiro; nesse contexto, estruturar conhecimento filosófico e teórico sobre o método de aplicação do cuidado de enfermagem é condição “sine qua non”, tanto quanto habilidades técnicas para operacionalizar o PE, que materializa a prática do cuidado.

A Coleção constitui-se de oito livros que permitem aos leitores dessas obras, profissionais dos serviços, professores e estudantes aliarem e perceberem a articulação entre a teoria e prática, pois o que se discute nas obras demonstra a aplicação na prática do PE diversas redes de atenção à saúde, nas quais enfermeiros produzem a assistência em enfermagem.

Essa interface cuidadosamente ressaltada nas obras oportuniza e oferece caminhos aos profissionais da área para a desmistificação acerca das lacunas existentes entre a dimensão teórica e prática da atuação em saúde para a enfermagem, resultando em uma práxis factualmente. E, como tal, uma prática embasada em método científico e sustentada no cotidiano da assistência; logo, uma prática melhorada e quiçá avançada.

Dedicamos esta obra a querida e inesquecível
Prof.ª Dr.ª Telma Ribeiro Garcia
(in memoriam)

Prefácio

A obra “Processo de Enfermagem: história e teoria” é o primeiro de uma coletânea de oito livros, escrito por docentes e acadêmicas de enfermagem, por enfermeiras e enfermeiros da prática profissional, comprometidos com a aplicação do Processo de Enfermagem (PE) em atenção hospitalar na região Oeste de Santa Catarina. A formação é o objetivo desta obra. Assim, com base na aliança estruturada entre ensino e serviço, se pretende alicerçar a teoria do PE a sua aplicação prática nos serviços de saúde, de modo que o modelo de ensino adotado nas instituições parceiras seja operacionalizado pelos estudantes nas atividades teórico-práticas e nos estágios curriculares supervisionados. E que a praxis seja a força motriz para os aperfeiçoamentos necessários aos enfermeiros no cotidiano da assistência. Expresso, aqui, minha admiração pela iniciativa, pelo envolvimento e pela determinação assumida em tal projeto. Foi um privilégio lê-lo em primeira mão.

Ao longo dos seis capítulos, são apresentados elementos teóricos do PE e dos Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) NANDA-I, NIC, NOC e CIPE® e relatada a experiência de Chapecó e região na implantação e implementação deste instrumento metodológico de cuidado, construído de modo compartilhado por atores de três universidades e de uma instituição hospitalar, dialogando com as melhores práticas e a necessária segurança do paciente. Nessa mesma direção, enfermeiras gaúchas compartilham a trajetória de implantação do PE na Atenção Primária do Grupo Hospitalar Conceição, com atendimento à população exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. São histórias que trazem no seu bojo resultados positivos e desafios enfrentados no cotidiano dos cenários e que repercutem, em alguma medida, no empoderamento e protagonismo da enfermagem.

Cabe destacar que as organizadoras desta obra, Júlia, Kátia e Carla, são docentes, pesquisadoras e entusiastas do Processo de Enfermagem por acreditarem, assim como eu, que esta tecnologia representa o cuidado profissional proporcionado pela equipe de enfermagem aos pacientes/usuários, às famílias ou à comunidade. Nas suas teses de

doutorado, este envolvimento e comprometimento se refletem quando desenvolvem discussões acerca de referenciais filosóficos, teóricos e metodológicos para o Ensino do PE, assim como quando discutem os SLP. E, de uma forma mais específica, ao se proporem a compreender como foi se constituindo e organizando o Processo de Enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), considerando os princípios da Educação Permanente em Saúde que sustentaram sua propagação e contribuíram para organizar o trabalho da enfermagem na instituição. Parte dos resultados destas investigações já foi publicada na forma de artigos, bem como a tese destacando a experiência no HCPA foi recentemente publicada em livro e o modelo de formação em serviço acerca do PE, na perspectiva da Integração Ensino-Serviço (Universidade Federal do Rio Grande do Sul e HCPA) serviram de inspiração para o PE implementado em Chapecó.

Valiosas iniciativas como o Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde e a formação em serviço são assinaladas no decorrer do texto como referências para o ensino e aprendizado do PE, aproximando teoria à prática clínica. As “rodas de conversa” adotadas como mecanismo didático metodológico têm fortalecido a interlocução entre enfermeiros do serviço e professores e acadêmicos das universidades, favorecendo o aprimoramento do raciocínio clínico.

O PE ultrapassa dispositivos legais da profissão, que, certamente, auxiliam na sua disseminação, configurando-se como identidade profissional do enfermeiro a sua realização mental e documentação. Nossos órgãos de classe, além de defensores do PE, respaldam sua execução. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) tem papel primordial no desenvolvimento científico e na divulgação do conhecimento produzido sobre o PE. Há cerca de cinco anos possui a Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE ABEn Nacional), em substituição à Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem anteriormente denominada Departamento de Classificação de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DECIDIRE). Algumas organizadoras e autoras desta obra são membros da COMSISTE regional, como a coordenadora nacional, que destaca a importância de persistirmos na melhoria da habilidade no raciocínio e julgamento clínico

de modo a despender um cuidado profissional que alcance os resultados esperados de modo competente, seguro e digno àqueles que cuidamos.

Por fim, o modo simples e fundamentado de descrever, refletir e analisar as experiências de sucesso, dificuldades e desafios que se impuseram durante o percurso da implantação e implementação do PE num cenário de Santa Catarina nos convida a apreender o seu conteúdo e nos dá mostras do que esperar dos próximos volumes desta coletânea.

Aos estudantes e profissionais de enfermagem recomendo fortemente a leitura desta obra e reflexão sobre os significados do PE a todos os envolvidos no processo de cuidar, de ensinar, de aprender e de sistematizar a nossa prática.

Miriam de Abreu Almeida

Enfermeira, Doutora em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI). Membro do Diagnosis Development Committee da NANDA International (2010-2018). Fellowship da NANDA International.

Apresentação do volume

Após cinco anos de atividades e ações ininterruptas de professores e estudantes da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) e de enfermeiros da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), eles reúnem subsídios para oferecer à comunidade. Com base nas experiências vivenciadas, percebem que têm condições não somente de organizar um livro que eventualmente possa compilar todo este constructo, mas efetivamente uma coletânea de livros. Uma coletânea que totaliza oito exemplares, por meio dos quais se objetiva contar com riqueza de detalhes todo o processo de construção e operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) no serviço. Assim, a partir desta iniciativa, a obra em questão, que se trata do primeiro volume, inaugura a coletânea fazendo um recorte histórico acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e PE, considerando uma abrangência nacional, regional e local. Ao mesmo tempo, oportuniza ao leitor adentrar aspectos teóricos relativos à metodologia do PE, destacando os Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) que possuem interface com suas etapas. Além disso, possibilita alinhar o uso do PE a concepções e conceitos contemporâneos como as melhores práticas e segurança do paciente, mostrando as interlocuções presentes na qualificação e no aprimoramento da assistência como princípios fundamentais das práticas em saúde.

Nos volumes subsequentes, os organizadores da coletânea propuseram-se a mostrar as experiências de implantação e implementação das etapas do PE nas unidades do hospital, expondo aproximações e distanciamentos, potencialidades e fragilidades de cada uma destas unidades que caracterizam um perfil específico de atenção à saúde. Assim, o leitor poderá acessar as peculiaridades, por exemplo, da aplicabilidade do PE na Radioterapia, na Unidade de Tratamento Intensivo, dentre outras. Não obstante, merece destacar que o principal objetivo da organização desta coletânea é a formação, considerando, para tal, a parceria estabelecida entre serviço e academia, a partir desta iniciativa. Dessa maneira, pretende-se que os estudantes dos cursos de graduação que integram a parceria se utilizem

destas obras, com acesso on-line facilitado, para o desenvolvimento do ensino-aprendizado do Processo de Enfermagem. O acesso é extensivo a professores e profissionais, permitindo que o ensino estruturado em sala de aula reflita factualmente a prática.

A expectativa é de que os leitores possam usufruir da produção desenvolvida para reprodução deste modelo de aplicação do PE devidamente ajustados as suas realidades. E, em última instância, que se cumpram de fato as resoluções legais e éticas da enfermagem quanto ao PE, assim como se atinjam patamares de satisfação tanto profissional quanto dos usuários dos serviços em relação aos resultados da atenção à saúde oferecida.

Apresentar os frutos deste trabalho tem um significado ímpar, pois revela a produção de um grupo de profissionais empenhados em implantar e implementar o PE na Atenção Hospitalar.

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Edlamar Kátia Adamy
Carla Argenta

(Organizadoras)

Table of Contents / Sumário / Tabla de Contenido

Capítulo 1 - Sistematização da prática e processo de enfermagem: elementos estruturantes do saber e do fazer profissional

Telma Ribeiro Garcia

> *If you cannot get the habit of observation one way or other, you had better give up the being a nurse, for it is not your calling, however kind and anxious you may be.*
>
> (Florence Nightingale, Notes on Nursing, 1859)

Introdução

O saber e o fazer da Enfermagem apresentam uma evolução contínua, que precisamos acompanhar, se temos a intenção de criar as condições para utilizar processos, métodos ou instrumentos que organizem nossa prática, de modo a produzir resultados positivos para a saúde das pessoas de quem cuidamos. Ou seja, se temos a intenção de proporcionar um cuidado profissional que seja seguro, digno, sensível, competente e resolutivo.

Neste capítulo, objetivamos descrever aspectos da evolução da sistematização da prática e do conceito de Processo de Enfermagem, desde a origem da Enfermagem Moderna até a atualidade. E também caracterizar esse processo como um instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional, destacando as habilidades cognitivas, afetivas e operacionais necessárias à sua aplicação.

Evolução do conceito de processo de enfermagem na prática profissional: florence nightingale e a sistematização da prática de enfermagem

Escrever sobre *sistematização da prática de enfermagem*, entendendo essa expressão, a partir do que está previsto em nossos documentos legais, como um modo de organizar o trabalho profissional quanto a método, pessoal e instrumentos,[1] nos remete invariavelmente às origens da Enfermagem Moderna, ou seja, à segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale nos trouxe o exemplo de uma prática sistemática e empírica.

Como fruto de sua natureza perfeccionista e de uma avaliação rigorosa sobre as precárias condições das instituições de saúde da época e os (des)cuidados prestados às pessoas nessas instituições, Florence escreveu, em Notas sobre Hospitais, acerca da reforma que precisava ser feita no ambiente físico e nas práticas sanitárias. Ela mesclou fatos, figuras e dados objetivos, de modo a convencer o Governo de que as altas taxas de mortalidade hospitalares eram desnecessárias e passíveis de prevenção. Ao prefaciar o livro, a primeira frase que coloca é indicativa de seu pensamento sistemático e empírico: *Pode parecer um princípio estranho enunciar como o primeiro requisito em um hospital que ele não faça mal aos doentes.*[2]

Entretanto, embora também estivesse voltada à organização dos hospitais, sua preocupação principal sempre foi tornar a Enfermagem uma profissão respeitável e respeitada. Seu livro mais conhecido, *Notas sobre Enfermagem*, em que lança as bases da Enfermagem Moderna, foi escrito enquanto ela buscava estabelecer uma escola para formação de enfermeiras no Hospital St. Thomas, em Londres, propósito que somente alcançou em 1860.

Tendo como fundamento os dois modelos prevalentes de cuidado clínico – contágio e miasma –, ela reúne em *Notas sobre Enfermagem* os conhecimentos adquiridos no trato com doentes, enfermeiras e hospitais em certo número de princípios, que deveriam servir de fundamento para mulheres cuja responsabilidade é cuidar da saúde de outras pessoas. Esses princípios relacionavam-se a *fenômenos*, como ventilação (ou ar fresco), iluminação, aquecimento, quietude (ou silêncio), limpeza, pontualidade e cuidado na administração da alimentação. Segundo Nightingale, a falta de atenção a esses fenômenos retardaria a recuperação do doente; atuando sobre eles, estar-se-ia favorecendo a ação dos processos restauradores da natureza e, consequentemente, a manutenção da capacidade vital da pessoa.[3]

Em relação às enfermeiras, o livro destaca “a possibilidade e a necessidade de uma preparação formal e sistemática para aquisição de um conhecimento de natureza distinta daquele buscado pelos médicos”[4]. Assim, Nightingale atribuiu importância fundamental à necessidade de ensinar essas profissionais a observar, a fazer julgamentos sobre as observações feitas e a descrevê-las com propriedade, o que intencionava conferir um novo estatuto, intelectual e científico, à profissão. Em suas palavras,

> a lição prática mais importante que pode ser dada às enfermeiras é ensiná-las o que observar, como observar, que sintomas indicam melhora e quais indicam o contrário, que sintomas são importantes e quais não têm nenhuma importância, que sintomas evidenciam negligência, e qual o tipo de negligência.[3]

Atualmente, há unanimidade a respeito de Florence Nightingale ter sido a primeira teórica da Enfermagem Moderna. O conteúdo de seu livro *Notas sobre Enfermagem* foi elevado à categoria de *modelo conceitual*, ou de uma *grande teoria*, por definir uma perspectiva ampla para a prática, a *Teoria Ambientalista da Enfermagem*, inserida no grupo daquelas cujo foco são as necessidades humanas.[5]

A abordagem de cuidado contida em *Notas sobre Enfermagem*, cuja publicação data de 1859, é atemporal e, em vista disso, em 2009, ano em que se comemoravam os 150 anos de sua edição original, o Conselho Internacional de Enfermeira(o)s e a Fundação Internacional Florence Nightingale lançaram as *Notas sobre Enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade*. Nesse livro, são mantidos segmentos do trabalho original de Nightingale, por ainda serem relevantes para os cuidadores de hoje, incluindo-se novas informações baseadas no conhecimento e na prática clínica atuais.[6]

As raízes plantadas por ela na segunda metade do século XIX impulsionaram o avanço no conhecimento sobre o *processo de cuidar*, considerado a essência do *saber* e do *fazer* de seus agentes.[7] Inegavelmente, o impacto de sua obra sobre o cuidado à saúde foi revolucionário. Ao conferir caráter técnico e científico às ações da enfermeira, sua obra marcou o início da preocupação da Enfermagem com a identidade profissional. O foco inicial, direcionado aos procedimentos técnicos, de caráter predominantemente funcional, logo foi substituído pela atenção voltada à necessidade de estudo, ensino e organização do *cuidado de enfermagem*.[8]

Antecedentes do processo de enfermagem – 1900 a 1950

No início do século XX, buscou-se melhorar as habilidades de observação das enfermeiras, incorporando métodos de investigação de outros campos de conhecimento ao ensino e à prática assistencial da Enfermagem. São exemplos de métodos adotados à época os *estudos de caso*, cuja primeira descrição na literatura da área foi feita por Deborah M. Jensen, da Escola de Enfermagem da Universidade de Yale, no livro *Jensen´s Student´s Handbook on Nursing*.[9]

Nas décadas de 1920 e 1930 começaram a ser publicados na literatura internacional, especialmente na norte-americana, estudos de caso envolvendo a avaliação sistemática de um cliente ou de um grupo de clientes similares, para promover a compreensão acerca da situação e prever que intervenções de enfermagem se faziam necessárias. Com o emprego dos estudos de caso, ocorreu também o início do uso de instrumentos de coleta de informações dos pacientes, a análise e formulação de julgamentos clínicos sobre as informações coletadas e a diferenciação entre o que seria intervenção médica e de enfermagem, listadas separadamente.[10]

No Brasil, acompanhando essa tendência, é publicado em 1934, na revista *Annaes de Enfermagem*, primeiro periódico brasileiro da área, um artigo intitulado *O caso de estudo*. Além de apresentar as características e de discutir sua utilidade como forma de organização do *cuidado de enfermagem*, a autora do artigo fazia recomendações sobre o modo de organizar o “caso de estudo”, afirmando que, “dessa organização depende toda a vantagem do método”. Para ela, o método deveria compreender: história, sintomas subjetivos e objetivos, exame, diagnóstico social e médico, tratamentos médico e de enfermagem, complicações e alta.[11]

Certamente, há uma relação entre a descrição dos *estudos de caso* e o aparecimento dos primeiros *planos de cuidado*, demonstrando o interesse profissional com o domínio do cuidado de enfermagem e com o controle do trabalho realizado por outros membros da equipe de enfermagem. Assim como se pode afirmar que os estudos de caso foram os precursores dos planos de cuidado,[12] também se pode dizer que os planos de cuidado foram as primeiras expressões do que mais tarde se convencionou denominar *Processo de Enfermagem*.

Nos anos 1950, ocorre nos Estados Unidos a inserção da Enfermagem entre as carreiras de nível superior, com subsequente exigência às enfermeiras de realização de cursos de mestrado e doutorado. Emerge, a partir de então, a ideia da Enfermagem como ciência, o que produz uma significativa mudança no *saber* e no *fazer* profissional.

Processo de enfermagem: evolução do saber e do fazer profissional

A ideia inicial do Processo de Enfermagem emerge na literatura da área entre os anos 1950 e 1960. Afirma-se que foi *Lydia Hall*, em 1955, quem primeiro definiu o cuidar em enfermagem como um *processo*; e que *Ida Jean Orlando* foi uma das primeiras autoras a usar a expressão *Processo de Enfermagem*, no início da década de 1960.[13]

O significado atribuído ao Processo de Enfermagem e o modo como ele é aplicado à prática profissional são dinâmicos, modificando-se e adequando-se aos diferentes cenários e determinantes da prática assistencial ao longo do tempo. Assim, podem ser identificadas gerações distintas do Processo de Enfermagem, cada uma delas sendo influenciada pelo estágio do conhecimento e pelas forças atuantes que lhes são contemporâneos: Primeira geração – problemas e processos (1950 a 1970); Segunda geração – diagnóstico e raciocínio (1970 a 1990); e Terceira geração – especificação e teste de resultados (1990 até a presente data).[14]

• Primeira geração: problemas e processos (1950 a 1970)

Conforme mencionado, a expressão *Processo de Enfermagem* ainda não era utilizada na segunda metade do século XIX, muito embora, à época, Florence já enfatizasse a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas.[15] A introdução desse conceito na linguagem profissional ocorreu na metade do século XX, sob influência do método de solução de problemas, cujas raízes eram o método científico de observação, a mensuração e análise de dados. Observa-se, nesse momento histórico, uma ênfase no ensino do método de solução de problemas nas Escolas de Enfermagem, durante o qual se destacava a

importância da coleta sistemática e análise de dados, realizadas com rigor metodológico.[14]

Desde os anos 1950, o Processo de Enfermagem tem representado o principal instrumento metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional. Ele foi projetado para organizar o pensamento, de tal modo que os problemas dos pacientes identificados pela Enfermagem pudessem ser antecipados e solucionados de modo rápido. Aplicando, pois, esse modelo, identificavam-se os problemas e os procedimentos para resolvê-los.14 São exemplos desse modo de pensar a lista dos 21 problemas que deveriam ser o foco do cuidado de enfermagem, elaborada por *Faye Abdellah*, e a lista das 14 áreas de necessidades humanas básicas, descrita por *Virgínia Henderson*, ambas em 1960. À época, ainda foram publicados na literatura de enfermagem exemplos de instrumentos de coleta de dados, como o modelo baseado em 13 áreas funcionais, proposto por *Faye McCain* em 1965.[10]

Em 1967, o Processo de Enfermagem foi descrito por *Helen Yura* e *Mary B. Walsh* com quatro fases: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação. Ao descrevê-lo, as duas autoras enfatizaram as habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas que consideravam ser necessárias e essenciais à prática profissional e, portanto, aspectos significativos para a execução do Processo de Enfermagem.[16]

Um aspecto que caracterizou essa geração do Processo de Enfermagem é que as necessidades de cuidado de enfermagem e os processos de solução dos problemas dos pacientes relacionavam-se, predominantemente, a determinadas condições fisiopatológicas, médicas. Nessa época, protocolos de ações, intervenções e procedimentos vinculados a problemas específicos foram desenvolvidos e utilizados nos ambientes clínicos. Sobretudo, essa primeira geração do Processo de Enfermagem chamou a atenção profissional sobre a necessidade de pensar antes de agir. Em algumas situações, porém, a identificação do problema e a determinação das ações ou intervenções de enfermagem se tornaram rotineiras ou ritualizadas, sem levar em consideração as características especiais de uma dada situação ou cliente.[14]

Até 1973, quando um grupo de enfermeiras entendeu haver a necessidade de classificar e padronizar aqueles problemas de enfermagem que mais frequentemente demandavam atenção profissional, a etapa diagnóstica ainda não estava incluída no Processo de Enfermagem.[14] Portanto, o

movimento de identificação e padronização da linguagem de *diagnósticos de enfermagem* marcou o início de uma nova geração do Processo de Enfermagem. Acima de tudo, como afirmou a *Dra. Vilma de Carvalho*, marcou o início de uma nova era para a profissão, que avança, progressivamente, desde então, para sua estruturação definitiva como uma ciência.[17]

• Segunda geração: diagnóstico e raciocínio clínico (1970 a 1990)

O termo *diagnóstico* estava presente na literatura da área desde 1950, quando *Louise McManus*, em conferência pronunciada no *Teachers College*, em Nova Iorque, se referiu à função específica da enfermeira como sendo a identificação ou o diagnóstico do problema e o reconhecimento de seus aspectos inter-relacionados, assim como a decisão sobre as ações a serem implementadas para sua solução. Entretanto, até 1973, a etapa diagnóstica não estava incluída no Processo de Enfermagem.[10]

Em 1973, foi realizada a primeira conferência para classificação de *diagnósticos de enfermagem*, quando, usando tanto o processo de raciocínio dedutivo quanto o indutivo, as participantes daquele evento elaboraram e aprovaram a primeira listagem de problemas/situações que eram reconhecidos na prática como pertencentes ao *domínio* independentemente da profissão.[14]

Nesse ponto, vale ressaltar que, até o início dos anos 1970, a Associação Norte-americana de Enfermagem (ANA) – *American Nurses Association* – excluía sistematicamente o termo *diagnóstico de enfermagem* de suas publicações oficiais. Em 1973, sob a influência crescente do movimento de identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem, a ANA adotou e legitimou o conceito ao publicar os *Padrões da Prática de Enfermagem*, estabelecendo nesse documento um Processo de Enfermagem com cinco fases, como um *padrão de cuidado*: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.[14]

O movimento de identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem provocou uma revolução no pensamento da área e uma consequente mudança da ênfase anterior na solução de problemas para a ênfase no *raciocínio diagnóstico* e no *pensamento crítico*. Esse fato muda o

entendimento do Processo de Enfermagem, de um processo lógico, linear, de solução de problemas, para um processo dinâmico, em espiral ascendente e recorrente, que nos auxilia a gerenciar a informação sobre a clientela e a tomar decisões sobre as ações e intervenções profissionais que a necessidade de cuidado demanda.[14]

A segunda geração do Processo de Enfermagem determinou novas necessidades no ensino e na prática assistencial, em especial a de entender como o *julgamento clínico* se processa e a de aumentar a habilidade profissional no raciocínio diagnóstico. Ao término da década de 1980, a evolução e o desenvolvimento contínuo dos sistemas de classificação dos elementos da prática profissional, as pesquisas em andamento sobre a dinâmica do raciocínio e julgamento clínico, bem como a tendência emergente no sistema de saúde para especificar e avaliar os resultados da atenção à saúde, determinaram as condições para a ocorrência de outra transformação no modo de pensar e no modo de aplicar o Processo de Enfermagem.[14]

• Terceira geração: especificação e teste de resultados (1990 até a presente data)

Em sua evolução, o Processo de Enfermagem avançou, da ênfase inicial com ênfase na identificação e resolução de problemas, para o esforço de identificação e classificação de diagnósticos de enfermagem, o que determinou, por sua vez, a preocupação centralizada na melhoria da habilidade profissional no raciocínio e julgamento clínico.

O foco da terceira geração do Processo de Enfermagem, iniciada em torno dos anos 1990, volta-se agora para a especificação e testagem, na prática, de resultados do paciente que sejam sensíveis à intervenção profissional. Uma vez que um diagnóstico de enfermagem é feito, especifica-se um resultado a ser alcançado e cria-se com isso uma dupla obrigação, a de intervir e, em seguida, a de avaliar a eficácia da intervenção realizada.[10]

Por entender que a prática contemporânea da Enfermagem requer habilidades de pensamento crítico, essenciais para o desenvolvimento de diagnósticos e de conhecimento próprio da área e para a criação de teorias relevantes à prática de enfermagem, *Daniel J. Pesut* e *JoAnne Herman* propuseram um novo *modelo de raciocínio clínico* que busca acomodar as

mudanças ocorridas no Processo de Enfermagem ao longo do tempo. Nesse modelo, denominado por eles de *Outcome-Present State Test* (OPT), os autores definem raciocínio clínico como o “pensamento reflexivo, concorrente (simultâneo), criativo e crítico incorporado à prática de enfermagem”.[14]

Em sua visão, o modelo OPT adapta-se melhor do que as representações clássicas à complexidade, ao caráter dinâmico, à participação do cliente e aos processos de pensamento envolvidos no Processo de Enfermagem. Deve ser considerado, segundo seus autores, um exemplo de raciocínio transicional necessário à prática de enfermagem contemporânea. Em suma, é um modelo iterativo de raciocínio clínico que enfatiza o automonitoramento reflexivo e evidencia a importância de habilidades críticas, metacognitivas e de pensamento para dar suporte à especificação e ao teste de resultados no raciocínio clínico.[18]

O modelo OPT simbolizaria a terceira geração do *saber* e do *fazer* profissional relacionado à sistematização da prática e ao Processo de Enfermagem. De acordo com os autores, “o Modelo OPT baseia-se na herança do Processo de Enfermagem e é mais responsivo e relevante para as necessidades contemporâneas da prática profissional”.[14],[18]

Processo de enfermagem: inserção no âmbito nacional

Traçar um paralelo entre evolução da sistematização da prática no âmbito internacional e no âmbito do Brasil torna imperativo, a princípio, destacar o esforço da Dra. Wanda de Aguiar Horta, a partir da segunda metade da década de 1960, para introduzir na prática profissional brasileira o Processo de Enfermagem – fase diagnóstica e prognóstica. Impulsionada pela insatisfação com o modo como a Enfermagem vinha sendo exercida e preocupada com a construção de um sistema conceitual que explicasse o saber da profissão, a Dra. Wanda desenvolve uma teoria voltada ao atendimento, no âmbito do Processo de Enfermagem, das necessidades humanas básicas do indivíduo, da família e comunidade. No prefácio do livro que publicou em 1979, ela afirma, textualmente:

> A autonomia profissional só será adquirida no momento em que toda a classe passar a utilizar a metodologia científica em suas ações, o que só será alcançado pela aplicação sistemática do processo de enfermagem.[19]

É imperativo, também, destacar o papel da ABEn Nacional que, ao longo de sua história, tem ressaltado a responsabilidade ética e legal dos profissionais em operacionalizar e, sobretudo, documentar o Processo de Enfermagem, considerando-o um instrumento teórico-metodológico inerente ao processo de cuidar e ao direito do cidadão, como usuário dos serviços e ações de saúde, a cuidados de enfermagem seguros, dignos, sensíveis, competentes e resolutivos.[20]

Como ações efetivas mais atuais, a ABEn Nacional incorporou, a partir de 1996, o Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem a seu calendário oficial de eventos e criou, durante a gestão 2004-2007, o Departamento de Classificação de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DECIDIRE), substituído, em 2008, pela Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem, vinculada à Diretoria de Assuntos Profissionais. Em 2013, com a aprovação de um novo Estatuto Social para a entidade, essa Subcomissão passou a denominar-se Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE ABEn Nacional).

Como órgão estatutário de assessoria e consultoria da ABEn Nacional, a COMSISTE ABEn Nacional faz parte da base estrutural e organizativa da entidade, nos âmbitos nacional, estadual, regional e do Distrito Federal, vinculada à Diretoria de Desenvolvimento da Prática Profissional e do Trabalho de Enfermagem. São seus objetivos: a) assessorar a ABEn, por meio da Diretoria de Desenvolvimento da Prática Profissional e do Trabalho de Enfermagem, na elaboração e no desenvolvimento de projeto, científico e político, com vistas à capacitação para a sistematização da prática profissional; b) executar ações voltadas à implantação efetiva do Processo de Enfermagem nas áreas/campos de prática profissional – ensino, assistência, gestão/gerenciamento e pesquisa; e à utilização de uma linguagem padronizada nos sistemas de documentação e informação de dados de enfermagem; c) emitir parecer sobre assuntos de sua competência, submetidos a exame pela Diretoria Nacional, ou pelas Diretorias das seções da ABEn – estaduais, regionais e do Distrito Federal.

Como uma de suas ações prioritárias, a COMSISTE ABEn Nacional tem buscado constituir uma comunidade de práticas de sistematização da

assistência, virtual e presencial, que atue como rede de articulação técnica e política entre a Comissão, as seções e regionais da ABEn e entidades/organizações e instituições de saúde, de ensino e de enfermagem, para fins de implantação e utilização efetiva do Processo de Enfermagem e de uma linguagem padronizada nos sistemas de documentação e informação de dados de enfermagem na prática profissional.

Mas o fato é que, a despeito das ações da ABEn Nacional, dos esforços da Dra. Wanda de Aguiar Horta nas décadas de 1960 e 1970 e dos avanços ocorridos desde então, tanto na compreensão como em sua aplicação prática, ainda são identificadas áreas no país em que se parece estar em fase semelhante à primeira geração do Processo de Enfermagem, conforme descrita no item anterior; em outras áreas do país, está-se tentando consolidar práticas de ensino, de pesquisa ou de assistência, relacionadas à segunda geração.[21] Há indícios na literatura de que o modelo OPT, descrito na terceira geração do Processo de Enfermagem,[14] já esteja sendo utilizado de modo pontual no país, como estratégia para o ensino do raciocínio clínico,[22] muito possivelmente, em trabalhos de caráter acadêmico (trabalhos de conclusão de curso de Graduação, dissertações e teses).

Há, portanto, muito a ser realizado para a implementação deliberada e sistemática do Processo de Enfermagem em nosso país, apesar da existência de normas regulamentadoras do exercício profissional que dispõem sobre a obrigatoriedade de sua execução em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem – Resolução Cofen nº 358/20091 e sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independentemente do meio de suporte, seja tradicional ou eletrônico – Resolução Cofen nº 429/2012.[23]

Considerações finais

Desde que foi formalmente introduzido na literatura da área, o Processo de Enfermagem inaugurou uma nova fase na profissão e tornou-se o foco da prática e a principal metodologia de trabalho da Enfermagem. Entretanto, por orientar-se e organizar-se inicialmente em torno de problemas relacionados a doenças, era um *esqueleto sem roupas*, como afirmou a *Dra. Marjory Gordon*. Segundo ela, os modelos ou sistemas conceituais e teorias

publicados a partir das décadas seguintes aos anos 1950, como uma resposta efetiva à inserção da Enfermagem entre as carreiras de nível superior, forneceram a *roupagem* que faltava ao Processo de Enfermagem e modificaram sua orientação, de problemas relacionados a doenças para um foco próprio da área.[24]

Além de basear-se em modelos conceituais ou em teorias próprias da área, a prática contemporânea da Enfermagem, como visto, requer habilidades de pensamento crítico e criativo de seus exercentes. Há três áreas inter-relacionadas de cognição envolvidas no Processo de Enfermagem: o raciocínio e julgamento diagnóstico; o raciocínio e julgamento terapêutico e o raciocínio e julgamento ético.[24]

Quanto a essa última área, deve-se ressaltar que a sensibilidade moral e o raciocínio e julgamento ético na interação com a clientela devem permear o Processo de Enfermagem em sua inteireza; é uma condição *sine qua non* para a profissão. No que diz respeito às duas primeiras – raciocínio e julgamento diagnóstico e raciocínio e julgamento terapêutico –, temos hoje, à nossa disposição, sistemas de classificação de diagnósticos, de intervenções e de resultados de enfermagem, em interação dinâmica durante a execução do Processo de Enfermagem. E esses sistemas nos fornecem uma linguagem padronizada a ser utilizada no processo e no produto do raciocínio e do julgamento acerca das respostas humanas aos problemas de saúde ou aos processos vitais. E, da mesma forma, no processo e no produto do raciocínio e julgamento terapêutico acerca das necessidades de cuidado da clientela e de resultados que sejam sensíveis à intervenção de enfermagem. Reiterando o que foi afirmado anteriormente, uma vez que um diagnóstico de enfermagem é feito, especifica-se um resultado a ser alcançado e cria-se com isso uma dupla obrigação: a de intervir e a de avaliar a eficácia da intervenção realizada.

Compreendendo-se tecnologia como a utilização do conhecimento para a produção de bens e serviços, pode-se, portanto, definir o Processo de Enfermagem como: 1) um instrumento tecnológico de que lançamos mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e, sobretudo, para documentar a prática profissional; ou 2) um modelo metodológico, constituído por cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de

problemas de saúde, reais ou potenciais, e determinar que aspectos dessas necessidades exigem uma intervenção profissional de enfermagem.

A implementação do Processo de Enfermagem demanda: habilidades e capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, que ajudam a determinar o fenômeno observado e o seu significado; julgamentos que são feitos e critérios para sua realização; ações principais e alternativas que o fenômeno demanda, para que se alcance um determinado resultado. Esses aspectos dizem respeito aos elementos da prática profissional considerados, por natureza, inseparavelmente ligados ao Processo de Enfermagem: os julgamentos sobre determinadas necessidades humanas e sociais (diagnóstico), o que a enfermagem faz para influenciar positivamente os diagnósticos sobre as necessidades humanas e sociais (ações e intervenções), para produzir resultados sensíveis às ações / intervenções de enfermagem e pelos quais os profissionais de enfermagem são legalmente responsáveis (resultados).

A Enfermagem tem evidenciado uma grande evolução no processo de explicitação dos conceitos representativos dos fenômenos que indicam e delimitam seu domínio de interesse e de ação profissional – o saber e o fazer de enfermagem. O que nós estamos criando ao utilizar esse conhecimento durante a sistematização da prática e a aplicação do Processo de Enfermagem tem, sem sombra de dúvida, atribuído um significado especial ao mundo da Enfermagem. Entretanto, ainda temos que persistir na melhoria da habilidade no raciocínio e julgamento clínico, de modo a garantir o maior grau de eficácia aos diagnósticos de enfermagem que estabelecemos e às intervenções que executamos, aspecto estreitamente relacionado à qualidade que se intenta imprimir ao Processo de Enfermagem e aos resultados que se espera alcançar com sua implementação – um cuidado profissional realizado com conhecimento, competência e que seja seguro, digno, resolutivo e eficaz para a clientela.

Referências

1. Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009: Dispõe sobre a SAE e o PE e dá outras providências. Brasília, COFEn; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

2. Nightingale F. Notes on hospitals. 3. ed. Londres: Longman; 1863.

3. Nightingale F. Notes on Nursing: what it is and what it is not. Filadélfia: Lippincott; 1992.

4. Castro IB. Prefácio à edição brasileira. In: Nightingale F. Notes sobre Enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez/ABEn-CEPEn; 1989. p. 3-8.

5. Wills EM. Visão Geral das grandes teorias da Enfermagem. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas da Enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 141-155.

6. Minami H. Preface. In: International Council of Nurses: Notes on Nursing: a guide for today's caregivers. Londres: Elsevier; 2009. p.11-13.

7. Espirito Santo FH, Porto IS. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. Esc Anna Nery. 2006; 10(3): 539-546.

8. Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 41-62.

9. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 2. ed. Filadélfia: W. B. Saunders, 1993.

10. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery. 2009; 13 (1): 188-193.

11. Vidal ZC. O caso de estudo. Annaes de Enfermagem. 1934; 2(5): 28-30.

12. Henderson VA. On nursing care plans and their history. Nurs Outlook. 1973; 21 (6): 378-79.

13. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos I, Figueiredo NMA, Padilha MICS. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 37-63.

14. Pesut DJ, Herman JA. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Albany: Delmar; 1999.

15. McGuire AD. The genesis and nature of nursing diagnosis. In: Carlson JH, Craft CA, McGuire AD, Popkess-Vawter S. Nursing diagnosis: a case study approach. Filadélfia: W. B. Saunders; 1991. p. 3-19.

16. Yura H, Walsh MB. The nursing process: assessment, planning, implementation and evaluation. Nova York: Appleton-Century-Crofts; 1967.

17. Carvalho V. A problemática do diagnóstico de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 1972; 25(2): 114-25.

18. Pesut DJ, Herman JA. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. Nursing Outlook. 1998; 46(1): 29-36.

19. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

20. Garcia TR, Cubas MR. Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

21. Cruz DALM. Processo de enfermagem e classificações. In: Gaidzinski RR et al. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2008. 25-37.

22. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCRV. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. Rev Bras Enferm. 2017; 70(3): 662-8.

23. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: Cofen, 2012.

24. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3.ed. St. Louis: Mosby; 1994.

Capítulo 2 - Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem

Carla Argenta, Vander Monteiro da Conceição, Patrícia Poltronieri, Marcia Regina Cubas

> *"Se não podemos nomeá-lo [o fenômeno de enfermagem], não podemos controlá-lo, praticá-lo, ensiná-lo, financiá-lo ou incluí-lo em políticas públicas." Clark & Lang, 1992.*

Introdução

A linguagem é a forma como nós, seres humanos, percebemos e influenciamos o mundo, ou seja, ela é uma construção cultural, social e filosófica que, ao longo dos anos, se consolidou para que pudéssemos estabelecer uma comunicação. Este último elemento, que pode ser verbal e não verbal, se processa ao mesmo tempo, como quando falamos e escrevemos sobre algo. Independentemente da linguagem utilizada para se estabelecer uma comunicação, é necessário reconhecer que ela seja efetiva entre emissor e receptor da mensagem.[1],[2]

Enfermeiros de diversos países enfrentaram esses desafios, o que culminou no desenvolvimento dos Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem (SLP) para que pudessem estabelecer efetivamente comunicação entre os profissionais de enfermagem que atuam em um determinado serviço de saúde ou pela propagação de aspectos da assistência empregada por outros enfermeiros ao redor do mundo.[3] Tal movimento não é apenas assistencial (empírico), mas científico (comprovado) e muito comum entre as diversas ciências, a exemplo da comunicação entre biólogos em relação à classificação dos seres vivos, no qual eles utilizam distintas características para definir um ser entre reino, filo, classe, ordem, família, gênero e espécie, ou seja, padronizando sua comunicação.

Dessa forma, um SLP para a Enfermagem tem como objetivo organizar conceitos teóricos e práticos que permitam a fluidez no cuidado prestado e, sobretudo, de conhecimento validado cientificamente para seu emprego.[3]

O advento dos SLP permitiu que enfermeiros do mundo inteiro pudessem compartilhar cientificamente suas estratégias para assistência de enfermagem compilando-se dados para o planejamento da assistência em saúde, assim como cresceu consideravelmente o número de estudos que buscam propor/validar elementos relevantes para a assistência prestada ao paciente em diversos contextos de adoecimento. Houve também a facilitação do ensino de enfermagem a partir de conhecimentos concretos que garantem o cuidado efetivo em saúde por meio do raciocínio clínico.[4],[5]

Dentre os SLP existem diversas Taxonomias[6] que produzem sentido ao Processo de Enfermagem (PE). O PE consiste em uma metodologia fundamentada no raciocínio clínico para que o enfermeiro desenvolva habilidades de identificar, entender, descrever, explicar e/ou predizer como usuários dos serviços de saúde lidam com seus problemas de saúde ou com processos de vida alterados. 7 Nas Américas, sobretudo no Brasil, as taxonomias mais utilizadas são o Sistema NNN – NANDA-Internacional, *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC) – e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Sendo assim, este capítulo discorrerá sobre como estes sistemas se estruturam e sua exequibilidade na prática clínica. Para isso, se norteia também pelos seguintes objetivos: a) sintetizar a utilização prática do Sistema NNN por meio de fluxogramas; b) descrever o histórico da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®) e os significados de seus conceitos estruturais; c) relatar a utilização da CIPE® no Brasil e no mundo.

Sistemas de linguagens padronizadas em enfermagem NANDA I, NIC e NOC

O Sistema NNN é composto por três grupos de taxonomias que se relacionam no PE. O primeiro "N" representa a NANDA *International* (NANDA - I) em que é possível identificarmos padrões de respostas humanas sensíveis para a Enfermagem, que são denominadas de Diagnósticos de Enfermagem (DE), os quais permitem ao enfermeiro iniciar seu raciocínio clínico direcionado a uma situação clínica específica do paciente atendido. O uso dos DE é dinâmico e exige do enfermeiro

conhecimento da NANDA-I[7] e suas constantes atualizações, a exemplo da versão atual 2018-2020, que possui 13 domínios, 47 classes e 244 DE.

Para estabelecer um DE utilizando a taxonomia NANDA-I, o enfermeiro deve saber atuar em dois eixos, o foco e o julgamento. O foco é a importância que o problema identificado tem para a área de enfermagem, enquanto julgamento é o raciocínio clínico relacionado ao foco selecionado. Por esse motivo, na taxonomia NANDA-I um DE é composto por seu conceito, características definidoras (CD), fatores relacionados (FR) ou fatores de risco (FRI), condições associadas e população em risco (salvo algumas exceções), possibilitando na leitura do DE o raciocínio clínico utilizado pelo enfermeiro para o seu estabelecimento.[8],[9]

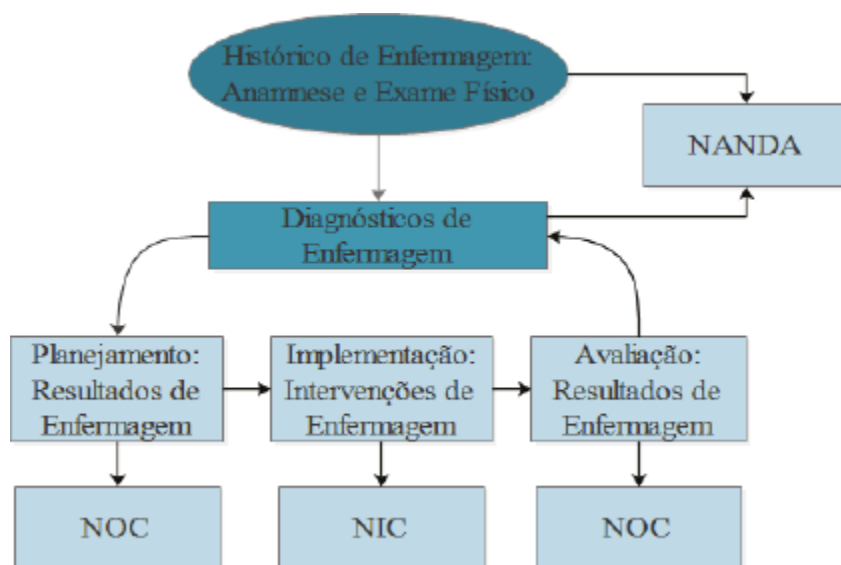
Com o DE definido, passa-se para o segundo “N” do sistema, a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), em que há uma variedade de resultados esperados ou metas definidas relacionadas aos DE selecionados que permitem avaliar os resultados das intervenções empregadas. Para cada DE na NANDA-I pode-se encontrar na NOC um resultado esperado sugerido (são considerados os mais apropriados ao DE selecionado) e resultados associados adicionais. Os resultados esperados são acompanhados por indicadores que auxiliam o enfermeiro a refletir sobre o atendimento da meta.[10], [11]

Em sua versão atual, a NOC possui aproximadamente 500 títulos de RE padronizados. Em relação a sua estrutura, a NOC é organizada em domínios, classes, resultados, indicadores e escalas de avaliação. Os resultados possuem título, definição e indicadores, que, por sua vez, podem ser avaliados por diversas escalas, que são do tipo *Likert*[2], nas quais há cinco pontos para o enfermeiro classificar o paciente antes e após a intervenção realizada, assim como estabelecer a pontuação a ser alcançada durante o processo de cuidado.[12]

Com os DE e RE bem definidos, o enfermeiro fará uso do terceiro “N” do sistema, representado pela *Nursing Interventions Classification* (NIC). Tal taxonomia reúne 554 títulos de Intervenção de Enfermagem (IE) com aproximadamente 13.000 atividades específicas, que são propostas validadas por ensaios clínicos, ou seja, possuem cientificidade comprovada para sua execução. Cada IE proposta pela NIC está associada a uma situação clínica específica, sendo não apenas um documento direcionado para o cuidado, mas uma ferramenta que aprimora o impacto das ações de enfermagem no manejo e um problema de saúde.[13],[14]

A NIC vem na contramão de um movimento da Enfermagem mundial, pois desde a consolidação da enfermagem moderna os enfermeiros empregam ações sem subsídios científicos durante o processo de cuidado. Dessa forma, utilizar uma IE proposta na taxonomia NIC permite, além do primor da qualidade como anteriormente mencionado, também uma padronização da IE fornecida pelo grupo de enfermeiros que atuam no cuidado de pacientes em diferentes contextos da atenção de enfermagem.[15]

Há certa facilidade no emprego do Sistema NNN, pois ele se encaixa no PE, sendo que para cada etapa há elementos da estrutura das três taxonomias que oferecem suporte ao raciocínio clínico do enfermeiro. De modo geral, o uso do sistema NNN permite ao enfermeiro entender o que é necessário na etapa em que ele está dentro do PE e quais aspectos ele deve analisar para o planejamento e implementação do cuidado [16] (Fluxograma 1).

Fluxograma 01 - Relação entre as etapas do PE com os SLP

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

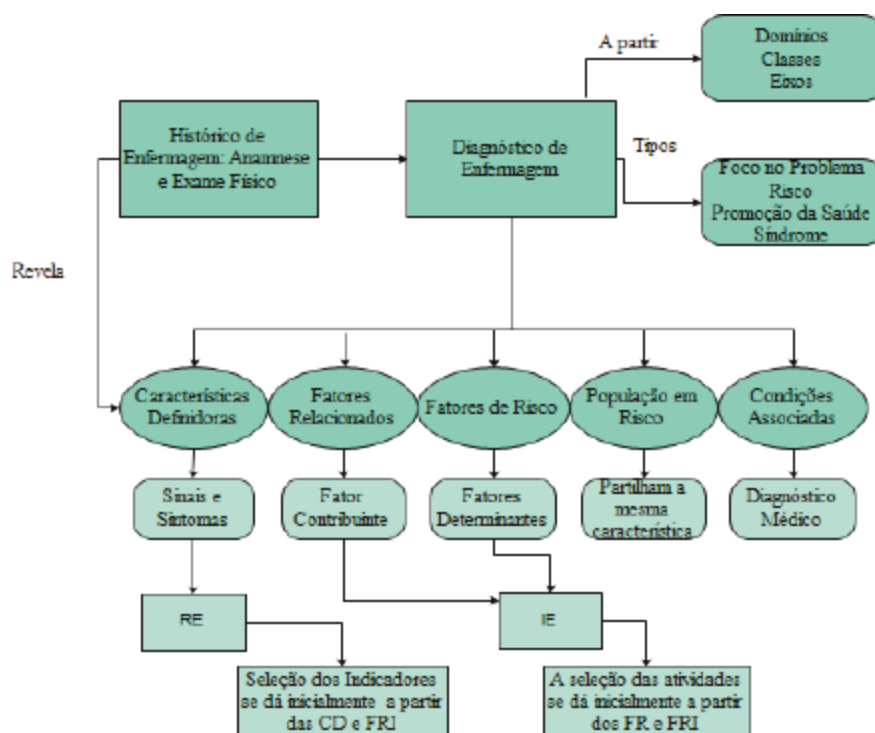
Nos últimos anos tem crescido o interesse de pesquisadores enfermeiros no sistema NNN, processo que fortalece as taxonomias, pois corroboram seu emprego, produzem novos DE, novas intervenções e novas formas de avaliar o cuidado deliberado. A exemplo de estudos que evidenciam as intervenções e os resultados para o DE Integridade Tissular Prejudicada[17], ou de validação de conteúdo para o DE Risco de lesão por Pressão[18],

validação de intervenções e RE para DE novos[19], ou mesmo a avaliação da aplicabilidade dos RE a pacientes com distúrbios cardíacos.[20]

Entende-se que há um universo de pesquisa em ascensão que necessita de mais profissionais dispostos para seu fortalecimento não apenas por investigações científicas, mas pelo seu emprego no processo de cuidado.

A utilização dos SLP na prática clínica ainda precisa ser ampliada, o que se explica pelas inúmeras dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, inclusive a dificuldade na aquisição (custo) dos livros e seu manuseio.

Por isso criou-se três fluxogramas (2, 3 e 4) que ilustram a utilização do Sistema NNN os quais poderão auxiliar estudantes de enfermagem e Enfermeiros na sua aplicabilidade.

Fluxograma 02 - Sequência de utilização dos SLP na execução do PE

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

*O eixo pode ser denominado de forma explícita, implícita e pode não ser pertinente a determinado diagnóstico de enfermagem, não fazendo parte do seu enunciado.

Fluxograma 03 - Detalhamento da utilização da taxonomia NOC

Resultados de Enfermagem

Níveis
Domínios
Classes

Elenca

Indicadores de Enfermagem

Mensuro indicador e resultado

Escala do tipo Likert
1-5

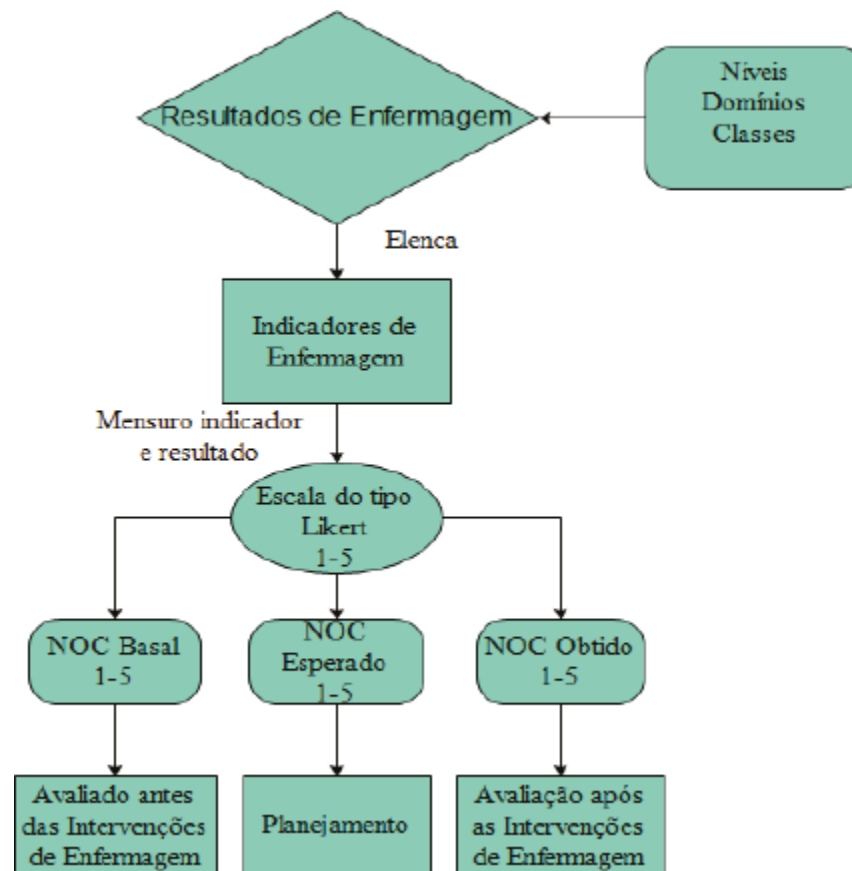
NOC Basal
1-5

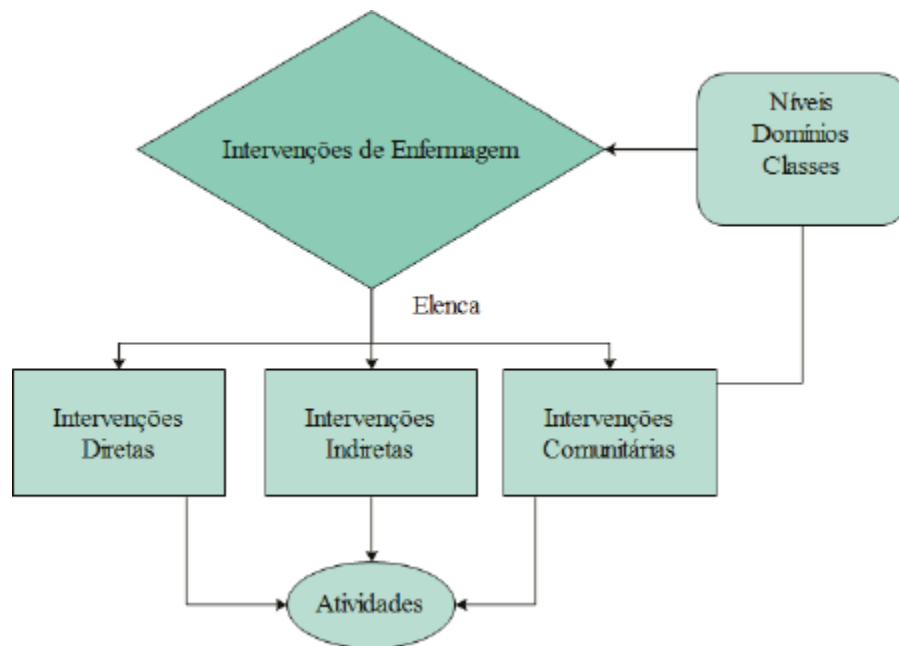
NOC Esperado
1-5

NOC Obtido
1-5

Avaliado antes das Intervenções de Enfermagem

Planejamento

Avaliação após as Intervenções de Enfermagem

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Fluxograma 04 - Detalhamento da utilização da taxonomia NIC

Fonte: Elaborado pelos autores (2018).

Os fluxogramas ilustram uma forma de como utilizar o sistema NNN na prática assistencial guiando a inserção dos SLP na execução das etapas do PE e acredita-se que eles podem contribuir para o raciocínio lógico de estudantes e enfermeiros na execução desta prática.

A classificação internacional para a prática de enfermagem (cipe®)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) é uma terminologia padronizada que descreve conceitos capazes de representar os elementos da prática profissional.[6] Tais elementos são diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

A CIPE® é desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), que a identifica como um de seus pilares de atuação. Ela está inserida em um dos projetos do CIE – denominado de *e-Health*, cuja finalidade é possibilitar o uso de tecnologias de informação e comunicação em sistemas de saúde.

Por ser uma tecnologia de informação, a CIPE® dá suporte para coleta, armazenamento e análise de dados referentes à prática de enfermagem em âmbito local, regional, nacional e internacional. A classificação é utilizada para facilitar a documentação do cuidado prestado pela enfermagem nos prontuários de paciente, sejam eles eletrônicos ou manuais, apoiando evidências para uso na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

A CIPE® nomeia e conecta os fenômenos de enfermagem, por meio de um modelo de 7-Eixos. Sua primeira versão foi lançada em 1996.[21] Após 2009, atualizações são realizadas bianualmente, sendo a mais recente a versão 2017.22 No *site* do ICN – a www.icn.ch –, diferentes versões da CIPE® estão disponíveis em 18 idiomas, refletindo a permeabilidade da mesma no cenário mundial.

Esta seção apresenta a origem da classificação, sua estrutura e principais significados. Também relata, de forma sucinta, alguns exemplos de utilização da CIPE® no Brasil e no mundo.

Breve histórico

A CIPE® foi idealizada em um congresso do CIE, em Seul, na Coreia do Sul, no ano de 1989. A principal justificativa da organização de uma classificação internacional era a dificuldade que enfermeiros do mundo todo tinham de "dar nomes", de forma padronizada, às condições humanas – individuais ou coletivas – e aos fenômenos ambientais, gerenciais e sociais que eram objetos de atuação da enfermagem. Tal dificuldade determinava um problema de maior impacto para a profissão: a pouca visibilidade dos resultados das ações de enfermagem e, consequentemente, a incipiente incorporação da profissão nas políticas públicas.[23]

Por ser uma classificação internacional, a CIPE® precisava responder aos seguintes critérios:[23]

a. servir aos distintos propósitos dos países em que seria utilizada;
b. ser simples e útil para os enfermeiros que a utilizariam em sua prática;
c. ser consistente com quadros teóricos, mas não dependente de apenas uma teoria de enfermagem;
d. ser baseada em um núcleo central que permitisse seu desenvolvimento contínuo;

e. ser sensível à variação cultural dos diferentes países em que seria utilizada;
f. refletir valores éticos internacionais;
g. ser integrada ao sistema das classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em 1993, o CIE divulgou o andamento do projeto da CIPE®, por meio de um documento em que se listavam as diferentes classificações utilizadas no mundo e a necessidade de sua unificação[24]. Três anos mais tarde, o Conselho divulgou a CIPE® versão *alpha*[6], que foi traduzida para o português em 1997, em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).[25]

A versão *alpha* foi considerada como um incentivo para melhorar a classificação; portanto, era necessário analisar e criticar seu conteúdo por meio de comentários e sugestões encaminhadas aos seus desenvolvedores. Em 1999 e 2002, foram lançadas duas outras versões experimentais – a versão *Beta*[26] e *Beta-2*[27], respectivamente.

Nesta época, uma das principais críticas para o uso da classificação era estrutura complexa da CIPE®. As versões experimentais continham duas classificações: uma direcionada aos fenômenos de enfermagem (que possibilitavam a construção de diagnósticos e resultados de enfermagem) e outra às intervenções de enfermagem. Essa estrutura multiaxial possuía 16 eixos ao todo, havia duplicidade e ambiguidade, o que, por um lado dificultava a representação dos termos e, por outro, dava margens a questionamentos acerca da adequação da CIPE® aos critérios estabelecidos.

Assim, a CIPE® versão 1.0[28], de 2005, foi apresentada num modelo mais simples, com 7-eixos, e incluiu um recurso da inteligência artificial para auxílio à construção de diagnósticos, resultados de enfermagem e intervenções de enfermagem, denominado de ontologia. A CIPE® passou a ser disponibilizada no *site* do CIE – www.icn.ch – em versão *on-line*. Suas traduções também se encontram em arquivo .pdf no mesmo *site*.

Cabe aqui um destaque para a definição da classificação[22], [23]. A CIPE®, além de ser um **recurso** que harmoniza outros vocabulários por meio de mapeamento cruzado e que serve para desenvolver subconjuntos terminológicos, direcionados para clientelas, fenômenos ou áreas específicas da enfermagem, também é uma terminologia. Trata-se de uma terminologia hierárquica composta, uma vez que os termos dos 7 eixos são

utilizados para compor termos que representam diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, assim como é de referência, pois pode ser usada para desenvolver novos vocabulários. Além disso, identifica relacionamentos entre conceitos e vocabulários.

Depois da CIPE® versão 1.0, o CIE divulgou a versão 1.1, em 2008, e a 2.0, em 2009. Após este período, as versões passaram a ser denominadas pelo ano de divulgação: versão 2011, 2013, 2015 e versão 2017.

Nas novas versões são incluídos, corrigidos ou excluídos termos, assim como também são realocados na hierarquia classificatória[22]. No Brasil, a responsabilidade pela tradução da CIPE® é da Dra. Telma Ribeiro Garcia, diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® do Brasil, situado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Por sua complexidade e abrangência, a partir de 2008, o CIE incentiva a elaboração de subconjuntos terminológicos para grupos de clientes ou prioridade em saúde[29]. Um subconjunto permite a integração mais facilitada da CIPE® à prática assistencial dos enfermeiros de uma área de especialidade ou de um serviço.

Conceitos estruturais da cipe®

Para entender um pouco mais sobre os termos e as definições utilizadas pela CIPE®, é importante conhecer a norma ISO 18104[30], denominada "Informática em saúde – estruturas de categorias para representação de diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem e sistemas de terminologia". A norma foi publicada em 2014 e traduzida para o português em 2016.

Na ISO 18104[30], **terminologia** é uma representação, estruturada, de conceitos clínicos, que pode ser legível por máquinas ou por seres humanos. Ela organiza, comunica e interpreta um grupo de conceitos. **Conceito**, por sua vez, é uma unidade de conhecimento. Ele pode ter um ou mais termos (palavras). Ex: "dor" e "dor oncológica". E **estrutura de categorias** é uma forma de organizar os conceitos em um determinado campo de saber, agrupando de acordo com características comuns, incluindo as relações possíveis entre os conceitos e as restrições mínimas (regras) para formar DE, RE ou IE.

A CIPE® versão 2017 possui 4.326 termos. Destes, dez são conceitos organizadores, 2.041 são conceitos primitivos e 1.915 conceitos pré-coordenados – diagnósticos, resultados ou intervenções de enfermagem.[22]

Para a CIPE® [22], há três conceitos a considerar – organizador, primitivo e pré-coordenado – assim compreendidos:

a. Conceito organizador (CO) é um termo de maior abstração, que estabelece base para acomodação dos outros termos na classificação. Ex.: "Diagnóstico e Resultado" e "Intervenção".
b. Conceito primitivo é o termo acomodado nos 7 eixos, que vai ser utilizado para compor o conceito pré-coordenado. Ex.: "Troca de gases".
c. Conceito pré-coordenado é o termo que representa diagnósticos, resultados ou intervenções de enfermagem.
    - Diagnóstico de Enfermagem (DE) é um "título atribuído pela(o) enfermeira(o) a uma decisão sobre um fenômeno que é foco de intervenção de enfermagem".[22]
    - Resultado de Enfermagem (RE) é "a medida ou o estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos do tempo, após uma intervenção de enfermagem".[22]
    - Intervenções de Enfermagem (IE) é "uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem".[22]

Outras definições importantes são as relacionadas aos 7-eixos da CIPE®:

1. Foco (F) é a "área de atenção relevante para a enfermagem".[22]
2. Julgamento (J) é a "opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem".[22]
3. Ação (A) é um "processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente".[22]
4. Localização (L) é a "orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção".[22]
5. Meios (M) é a "maneira ou método de executar uma intervenção."[22]
6. Tempo (T) é "o momento, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência".[22]

7. Cliente (C) é o “sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é beneficiário de uma intervenção de enfermagem”.[22]

Para denominar um DE ou RE, é utilizada a norma ISO 18.104[30], a qual indica que um DE ou RE é uma expressão de um:

a. **julgamento sobre um foco**. Ex.: “Débito Cardíaco, Prejudicado”. Neste caso, o RE ou RE deve, obrigatoriamente, ter um (1) conceito do eixo “Foco” e um (1) do eixo “Julgamento”.
b. **achado clínico**, que pode ser uma alteração no estado, processo, estrutura, função ou comportamento do indivíduo, família ou comunidade. Ex.: “Medo”, “Exposição à contaminação”. Neste caso, tem apenas um (1) conceito primitivo do eixo “Foco”.

O DE ou RE pode ser expresso por uma **situação potencial**, seja ela de risco ou de chance (oportunidade). Quando o foco é um fenômeno negativo, usa-se o termo “Risco”. Ex.: “Risco de Solidão”; quando é um fenômeno positivo, usa-se o termo “Chance” (ou “Oportunidade”). Ex.: “Chance (ou Oportunidade) de Amamentação.”

Também pode ser incluído no DE ou RE, quando pertinente, um (1) conceito do eixo “Cliente”. Nesse caso, não pode ser o sujeito do registro do DE ou RE. Ex.: “Conhecimento sobre os Cuidados com o Lactente”.

Por fim, pode ser associado ao termo principal: um (1) grau, um (1) curso clínico ou um (1) tempo, bem como ao conceito primitivo do eixo “Foco”, uma (1) ou mais localizações, considerando-se que:

a. Grau é um qualificador de severidade ou intensidade para o foco. Ex.: “Severa”.
b. Curso clínico é o início ou duração. Ex.: “Agudo”.
c. Tempo é uma ocorrência ou um ponto ou um período. Ex.: “Adolescência”.

Para denominar uma IE, também é utilizada a norma ISO 18104[30]. Ela indica que uma IE é uma expressão na qual deve ter um (1) conceito do eixo “Ação”, com um (1) ou mais alvos, exceto se o alvo for o objeto do registro e estiver implícito na expressão.

A IE pode ser qualificada, portanto, mais detalhada, pela inclusão de termos dos eixos “Meios”, “Tempo”, “Localização”. Também se permite a inclusão de termos que possam descrever o grau e/ou o curso clínico.

Convém lembrar que uma IE deve ser composta por uma frase verbal, entretanto, a norma ISO 18.104 não consente o uso do pretérito e de formas imperativas (de ordem/instrução).

Utilização da cipe® no brasil e no mundo

Desde o início dos anos 1990, a comunidade científica vem discutindo a CIPE®. Estudos podem ser acessados em várias plataformas virtuais. Como esta seção não tem como objetivo realizar uma revisão de literatura, alguns estudos que se dedicam a CIPE® serão destacados, de forma intencional, sem pretensão de esgotar o assunto.

Na plataforma “Scopus” – www.scopus.com –, pode ser identificado que a classificação vem sendo objeto de pesquisas de forma crescente, após o meio da década de 1990, em diversos países. Porém, o Brasil se destaca como o segundo país com o maior número de estudos sobre o tema, sendo ultrapassado apenas pelos Estados Unidos da América.

Embora não se identifique dentre os países que produzem pesquisas em periódicos qualificados, Portugal é um exemplo da aplicabilidade da CIPE®. A classificação está incluída no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®), desde 2008. Tal sistema é utilizado pela maioria dos hospitais e centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, e a versão *Beta-2* CIPE® foi utilizada para possibilitar a elaboração de DE e IE pelos enfermeiros utilizadores do sistema.

Neste país, em 2014, foi publicado um documento, em sete volumes e 2.511 páginas, cujo conteúdo se destina à análise da parametrização nacional dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, incluídos no SAPE®, propondo uma ligação entre tais elementos.[31] Esse movimento foi justificado pelo fato de que os distintos serviços estavam produzindo padronizações próprias, descaracterizando a possível interoperabilidade e agregação de informações. Ademais, o fato de os enfermeiros poderem elaborar diagnósticos e intervenções, a partir do modelo da CIPE® versão *Beta-2*, resultou, a partir de 246 focos, um montante de 31.583 DE e 27.380 IE. Esse conjunto carecia de adequação à

ISO 18.104, pois alguns estavam “incompletos”, ambíguos, inadequados ou incompreensíveis. Assim, a parametrização nacional, conduzida por enfermeiros da Escola Superior de Enfermagem do Porto, resultou em 227 focos, com 3.454 DE e 3.824 IE.[31]

Verifica-se, ainda, que alguns hospitais do país discutem a incorporação de teorias de enfermagem para ancorar a coleta de dados, como exemplo da Teoria de Virgínia Henderson[32] e estudos se dedicam à elaboração de subconjuntos terminológicos para áreas como a saúde mental.[33]

Em nosso país, os estudos são conduzidos, principalmente, em programas de pós-graduação *stricto sensu*. A Universidade Federal da Paraíba, representada pela pesquisadora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, é a instituição identificada com o maior número de estudos sobre o tema, sendo uma referência para outros grupos de pesquisa, brasileiros e internacionais. Também se destacam teses e dissertações, disponíveis no banco de teses da CAPES, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e, mais recentemente, da Universidade Federal Fluminense.

Entretanto, poucas são as análises de experiências de aplicação da CIPE® no Brasil e, no âmbito mundial, também se verifica o limite de conhecimento sobre os resultados da prática de enfermagem em serviços que adotam a CIPE® para gerar informações.

Os principais objetivos identificados em uma revisão sistemática internacional sobre a CIPE®, limitada entre 2006 e 2015[34] foram: validar a adequação da classificação para áreas ou populações de cuidados especiais; desenvolver as estruturas da CIPE®; e utilizar a classificação para apoiar a geração de conhecimentos de enfermagem.

Após 2015, houve um aumento de estudos brasileiros que se dedicaram a construção de subconjuntos terminológicos.[35], [36] Porém, seus resultados não foram incorporados pelo CIE e, consequentemente, os novos conceitos não foram incluídos na CIPE®. No *site* do CIE estão disponibilizados subconjuntos terminológicos da CIPE®, elaborados por enfermeiros de vários países, mas nenhum deles é decorrente de pesquisadores brasileiros.

O Conselho apresentou, em 2008, um *guideline* para construção de subconjuntos terminológicos, com dez passos.[29] Por sua vez, Coenen e Kim discutem um método constituído de seis passos.[37] Ambos possuem pouco detalhamento metodológico, o que determinou a construção de um método

brasileiro por Nóbrega, Cubas e colaboradoras, cuja finalidade é contribuir para que os subconjuntos construídos no Brasil possam adequar-se a um padrão internacional e potencializar o processo de validação de enunciados.[38]

Destaca-se também uma área pouco explorada no contexto brasileiro – a elaboração de teorias de médio alcance para ancorar subconjuntos terminológicos. Nesse contexto, a Teoria Interativa de Amamentação, produzida por Primo e Brandão[39], é um exemplo, uma vez que subsidiou o Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação.[40]

Considerações finais

A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®) é recente, se pensarmos na estruturação da enfermagem científica. Seu histórico reflete comprometimento com a representação do conhecimento da profissão, bem como a relação com equipes interdisciplinares oriundas da tecnologia da informação. Sua estrutura e os significados de seus conceitos evoluíram, tornando-a mais próxima dos critérios listados por seus desenvolvedores.

O Brasil possui pesquisadores que desenvolvem estudos voltados para construção de subconjuntos, embora nenhum destes produtos tenha sido acreditado pelo CIE. Mais recentemente houve a incorporação de teorias de médio alcance. Em Portugal, a CIPE® é utilizada no SAPE® e possui um rol de diagnósticos e intervenções parametrizado nacionalmente.

No Brasil e no mundo, a CIPE® carece de análises de sua implementação em contextos de cuidado, para que ela possa cumprir sua finalidade de revelar o impacto dos resultados das ações de enfermagem na saúde das pessoas, famílias e comunidade.

Assim como a CIPE®, o sistema NNN tem sido explorado na prática clínica por estudantes de enfermagem e enfermeiros. Entretanto, sua utilização ainda precisa ser ampliada, para que possamos verdadeiramente padronizar a linguagem entre os enfermeiros, bem como evidenciar intervenções realmente efetivas e eficientes para os mais variados diagnósticos de enfermagem.

Referências

1. Baptista MM. Símbolo, metáfora e mito na comunicação intercultural. In: Cabecinhas R, Cunha L. Comunicação intercultural: perspectivas, dilemas e desafios. 2. ed. Braga: Edições Húmus; 2017. p. 171-177.

2. Galuch MTB, Sforni MSF. Aprendizagem conceitual e apropriação da linguagem escrita: contribuições da teoria histórico-cultural. Est. Aval. Educ. 2009 jan.-abr.; 20(42):111-124.

3. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013 set.; 66: 134-141.

4. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem. 2005 mar.; 18(1): 82-88.

5. Truppel TC, Meler MJ, Calixto RC, Peruzzo SA. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem. 2009 mar.-abr.; 62(2):221-227.

6. International Council of Nurses. Technical implementation guide. Geneva: International Council of Nurses; 2017. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICNP_Technical_Implementation_Guide.pdf.

7. Carvalho EC et al. Correspondence between NANDA international nursing diagnoses and outcomes as proposed by the nursing outcomes classification. International journal of nursing knowledge. 2018 jan.; 29(1):66-78.

8. Rabelo Silva et al. Advenced nursing processo quality: comparing the internacional classification for nursing pretice (ICNP) eith the NANDA international (NANDA-I) and nursing intervetions classification (NIC). Journal of clinical nursing. 2016; 26:379-387.

9. Herdamn TH, Kamitsuru S (orgs.). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre:

Artmed; 2018.

10. Barreto LNM, Swanson EA, Almeida MA. Nursing outcomes for the diagnosis impaired tissue integrity (00044) in adults with pressure ulcer. International journal of nursing knowledge. 2016 feb.; 27(2):104-110.

11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing outcomes classifications (NOC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

12. Mantovani VM et al. Nursing outcomes for the evaluation of patients during smoking cessation. International journal of nursing knowledge. 2017; 28(4):204-210.

13. Nonnenmacher CL et al. Cross mapping between the priority nursing care for stroke patients treated with thrombolytic therapy and the nursing interventions classification (NIC). International journal of nursing knowledge. 2017; 28(4):171-177.

14. Butcher HK, Bulechek GM, Docheterman JM, Wagner CW. Nursing interventions classifications (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

15. Luzia MF, Almeida MA, Lucena AF. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014; 48(4):632-640.

16. Rodríguez-Acelas AL et al. Nursing outcome” Severity of infection”: conceptual definitions for indicators related to respiratory problems. Investigacion y educacion en enfermeria. 2016; 34(1):38-45.

17. Pezzi MV et al. Nursing Interventions and Outcomes for the Diagnosis of Impaired Tissue Integrity in Patients After Cardiac Catheterization: Survey. International journal of nursing knowledge. 2016; 27(4):215-219.

18. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. Diagnóstico de enfermagem risco de úlcera por pressão: validação de conteúdo. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016; 24:1-8.

19. Lucena AF, Argenta C, Almeida MA, Moorhead S, Swanson E. Validation of nursing outcomes and interventions to older adults care with risk or frail elderly syndrome: Proposal of linkages between, NOC, NIC and

NANDA-I to clinical practice. International Journal of Nursing knowledge. 2018.

20. Linhares, JCC. et al. Aplicabilidade dos resultados de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca e volume de líquidos excessivo. Revista Gaúcha de. Enfermagem. 2016; 37(2):28-35.

21. International Council of Nurses. The International Classification for Nursing Practice: A Unifying Framework - The Alpha Version. Geneva: International Council of Nurses. 1996.

22. Garcia TR, organizadora. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2017. Porto Alegre: Artmed; 2018.

23. Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): versão 2015. Lisboa: Lusodidacta; 2016.

24. Internacional Council of Nurses. Nursing´s next advance: an international classifications for nursing practice (ICNP®). Geneva: Internacional Council of Nurses; 1993.

25. International Council of Nurses. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem: versão Alpha. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997.

26. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de enfermagem Beta. Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2000.

27. Conselho Internacional de Enfermagem. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta 2. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

28. Conselho Internacional de Enfermagem. CIPE® Versão 1.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros; 2006.

29. International Council of Nurses. Guidelines forICNP® catalogue development. Genebra: Imprimerie Fornara; 2008.

30. International Organization for Standardization. Health informatics - Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing

actions in terminological systems. Genebra; 2014.

31. Paiva A, Cardoso A, Sequeira C, Morais EJ, Bastos F et al. Análise da parametrização nacional do sistema de apoio à prática de enfermagem – SAPE®. Portugal: Esc. Sup. Enferm.; 2014.

32. Simões CMAR, Simões JFFL. Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. (4):9-23.

33. Passos Joaquim, Sequeira Carlos, Fernandes Lia. Desenvolvimento de um catálogo CIPE: Necessidades do idoso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental 2013; (10):15-23.

34. Strudwick, N.R. Hardiker Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: A case study using the International Classification for Nursing Practice®. International Journal of Medical Informatics. 2016; 94:215–21.

35. Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia TR. Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure using the ICNP®. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013; 47(2):385-92.

36. Cubas MR. Nóbrega MML. Atenção Primária em Saúde: diagnósticos, resultados e intervenções. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

37. Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP®. Intern J Med Inform 2010; 7(9):530-8.

38. Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML. Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70(2):430-5.

39. Primo CC, Brandão MAG. Interactive Theory of Breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70(6):1191-8.

40. Primo CC, Resende FZ, Garcia TR, Duran ECM, Brandão MAG. Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2018; 39.

Capítulo 3 - História do processo de enfermagem em chapecó e região

Edlamar Kátia Adamy, Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt, Elisangela Argenta Zanatta, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Cheila Karei Siega, Ingrid Pujol

Introdução

Contar a história da inserção teórica e prática do Processo de Enfermagem (PE) nos serviços de saúde da atenção básica e hospitalar de Chapecó, Estado de Santa Catarina, coloca em foco as práticas docentes, investigativas e extensionistas de enfermeiros que vislumbram a proposta de implantação e implementação do PE em pontos das Redes de Atenção à Saúde da cidade e região.

O ensino e a implementação do PE, na última década, têm sido foco de estudos dos grupos de pesquisa e críticas por parte dos serviços de saúde brasileiros, colocando em pauta as nuances entre a teoria e prática e a efetivação da integração entre ensino e serviço.

Iniciativas, como as do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que deliberam aos conselhos regionais a demanda em fazer cumprir a obrigatoriedade determinada pela Resolução n. 358/2009 quanto à realização do PE em serviços públicos ou privados onde se executam ações de enfermagem[1] vêm contribuindo para a implantação e implementação do PE nos diversos cenários da assistência de enfermagem.

Essas deliberações do sistema COFEN induziram mudanças nas instituições de saúde e ensino superior (IES) na região Oeste de Santa Catarina. Cabe destacar que na cidade de Chapecó conta-se com três Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem cursos de graduação em enfermagem, nos quais as práticas de ensino, pesquisa e extensão são desenvolvidas. Destaca-se que o Hospital Regional do Oeste (HRO), que recebe estudantes destas IES e se caracteriza por ser referência na região e

no estado, atualmente busca credenciamento junto ao Ministério da Educação (MEC) para tornar-se hospital de ensino.

O HRO busca avançar, portanto, suas ações além do campo de práticas de atividades curriculares na área da saúde, pois os hospitais-escola caracterizam-se pela referência na qualidade da atenção em nível hospitalar, na formação dos profissionais, no estímulo à pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias em saúde. E, do mesmo modo, no estímulo à educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, mediante critérios específicos de seleção definidos para tal credenciamento, pautados nos eixos integradores de gestão, assistência, ensino e pesquisa.[2]

As atividades de ensino, pesquisa e extensão vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos 2000 em parceria com o HRO. Nesse contexto, o estabelecimento desta parceria foi fruto de trabalhos conjuntos realizados a partir dos debates que aconteceram nas Semanas de Enfermagem anuais que historicamente são realizadas em parceria com as três IES da cidade, instituições do serviço, além de escolas de formação técnica em enfermagem.

Desses encontros, um tema sempre era recorrente: o ensino do PE e a articulação das IES com o HRO para qualificar a prática assistencial dos enfermeiros nos serviços de saúde, no que diz respeito à operacionalização de todas as etapas do PE. Nesse sentido, houve um interesse recíproco de docentes das IES em desenvolver ações que auxiliassem o HRO a implantar e implementar o PE.

As ações foram desencadeadas gradativamente. Uma delas foi de suma importância para o processo de implantação e implementação: a criação da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf) da Associação Lenoir Vargas Ferreira (ALVF). Integram a COMPEnf representantes do segmento ensino das três IES (docentes com expertise nos aspectos que envolvem o PE), representantes da gestão (enfermeiro gerente de enfermagem e da Educação Permanente em Saúde) e representantes da assistência (enfermeiros coordenadores de unidades). Destaca-se a representação da gestão e da assistência dos três hospitais que compõem a associação.

A COMPEnf foi constituída com o objetivo de estudar, discutir, analisar e qualificar a assistência de enfermagem prestada aos usuários da ALVF. Salienta-se ainda o importante papel de reciclar saberes e práticas do cotidiano dos profissionais de enfermagem a partir das necessidades que

emergem das rodas de conversa, instrumentalizando-os com vistas à qualidade e segurança no cuidado prestado.[3]

Diante do exposto, pode-se afirmar que a implantação e implementação do PE no HRO toma forma e força com a criação da COMPEnf, pois até então os movimentos eram pontuais e relacionados a atividades de pesquisa e extensão. A partir da institucionalização da comissão, que tem caráter permanente, somam-se quatro anos de trabalho contínuo.

Concomitante a essa iniciativa que culminou na materialização tão ensejada da implantação/implementação do PE na atenção hospitalar, no âmbito da atenção primária, no ano 2017, se deu início ao Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) que tem por objetivo aprimorar as práticas avançadas de enfermagem, no âmbito clínico e gerencial, para atuação na rede de atenção primária à saúde, com vistas à consolidação do sistema de saúde vigente, na lógica da promoção da saúde.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) de Chapecó e região, os movimentos centram-se na implantação do PE, por meio da consulta de enfermagem e em interface com a construção e ou reformulação dos protocolos assistenciais. Esse movimento envolveu mestrandas e docentes do MPEAPS, acadêmicos da graduação em enfermagem, enfermeiros assistenciais e gestores da APS em ações que integram o ensino e o serviço, a exemplo da experiência hospitalar.

A integração ensino-serviço pode ser entendida como o trabalho desenvolvido coletivamente, pactuado e interligado entre as IES, pelos docentes e estudantes, e entre os serviços de saúde, neste caso com os trabalhadores e gestores, os quais primam pela qualidade da atenção à saúde aplicada aos usuários, pela qualidade da formação dos futuros profissionais e desenvolvimento dos trabalhadores destas instituições.[4] Nesse sentido, a integração ensino-serviço estimula o aprendizado baseado na realidade do sistema de saúde vigente e nas situações de saúde e doença vivenciadas pela população, estimulando a consciência crítica e reflexiva sobre as situações.[5]

É importante, ainda, para o processo de ensino e aprendizagem, que todos os atores envolvidos estejam abertos ao diálogo e às trocas, estimulando as interações para que os estudantes se percebam como sujeitos ativos do processo de construção de conhecimento, os docentes possam articular o arcabouço teórico-prático deste processo e os enfermeiros

assistenciais consigam contribuir no suporte e incentivo à realização das atividades, criando espaços potencias para o aprendizado mútuo.[6]

Frente ao exposto, observa-se que muitas iniciativas culminam numa efetiva articulação entre a teoria e prática, no que tange ao ensino do PE, bem como permitem aos profissionais dos serviços o acesso a estratégias de aperfeiçoamento de uma prática que assertivamente torna-se melhorada com base na relação academia e serviço, resultando em profícuas ações de saúde.

O objetivo deste capítulo, portanto, é contextualizar o desenvolvimento do Processo de Enfermagem em Chapecó e região, evidenciando a interlocução entre o ensino e o serviço na atenção hospitalar e na atenção primária à saúde.

O desenvolvimento do processo de enfermagem na atenção hospitalar

É relevante contextualizar que em Chapecó existe a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF) que administra três instituições hospitalares: o Hospital Regional do Oeste (HRO) e o Hospital da Criança Augusta Muller Bhoner – (HC), em Chapecó, e – o Hospital Nossa Senhora da Saúde, situado no município de Coronel Freitas, cidade distante a 20 quilômetros de Chapecó. A ALVF recebe subsídio financeiro do Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma associação filantrópica que assume a responsabilidade em atender para o Sistema Único de Saúde (SUS) a média e alta complexidade da região Oeste do Estado. Embora o município de Chapecó conte com uma população estimada em 220 mil habitantes, o HRO e HC contabilizam atendimento a aproximadamente 1.500.000 pessoas considerando toda a região descrita.

Durante o ano 2014, além das ações cotidianas de ensino, pesquisa e extensão, induzidas pelo processo de credenciamento junto ao MEC, as IES, representadas pelos docentes, juntamente com representantes enfermeiros (direção de enfermagem e coordenação da educação permanente) do HRO estabeleceram parceria com vistas à implantação e implementação das etapas do PE nas unidades do hospital. Incluem-se, neste processo, as unidades que caracterizassem atendimento de

enfermagem a pacientes atendidos ambulatoriamente ou em regime de internação.

Após quatro anos de trabalho, foi possível efetivar a implantação e implementação do PE nas seguintes unidades do HRO, em ordem cronológica: Ambulatório de Radioterapia; Unidade de Terapia Intensiva; Unidade de internação clínica de Oncologia, Neurologia, Clínica Médica; ambulatório de Quimioterapia; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Alojamento conjunto. O HC encontra-se em fase de construção e operacionalização do PE em todas as unidades ambulatoriais e de internação. Quanto ao Hospital Nossa Senhora da Saúde, em Coronel Freitas, será possível desenvolver a proposta após concluir todo o processo de implementação no HRO e HC.

Projeta-se concluir todas as unidades da ALVF que realizam cuidados de enfermagem até o final do ano de 2020, avançando eventualmente o ano de 2021. Restam as seguintes unidades que ainda não iniciaram o desenvolvimento desta prática: Pronto Socorro; Setor de Imagem; Centro Cirúrgico; Sala de Recuperação Pós-anestésica; Posto A e B, que são setores cujo atendimento é da área da traumatologia e clínica cirúrgica. Ressalta-se ainda que o ambulatório de radioterapia implantou o PE antes da criação da COMPEnf, por iniciativa de uma das IES que pertence à tríade de instituições de ensino parceiras, por meio de um projeto de pesquisa.

Diante da contextualização histórica e considerando a parceria consolidada entre o ensino e o serviço na atenção hospitalar, é factível afirmar que o ensino do PE mudou e vem mudando notoriamente, desde o estabelecimento deste modelo de articulação interinstitucional, que agrega a esta iniciativa os estudantes das IES. Para eles, o ensino e aprendizado do PE oferece sentido ao que se conclama relacionar teoria e prática, pois além do aprendizado em sala de aula, a participação ativa nas “rodas de conversa” desenvolvidas no HRO possibilita experienciar o constructo relativo às etapas do PE e sua aplicação prática nas unidades, bem como participar de discussões para aprimoramento do raciocínio clínico.

Este movimento traduz resultados significativos no processo de aprendizagem dos estudantes de enfermagem, no que tange ao ensino do PE, não se restringindo aos estudantes que participam dos projetos de extensão e ou pesquisa atrelados à proposta. Oportuniza-se aos demais estudantes a vivência com esta produção por meio de oficinas de

atualização que são oferecidas por uma ou outra IES e abertas ao público em geral, visando ampliar o acesso a esta ferramenta de cuidado, que consiste em uma tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem.

Estudo revela que a inter-relação do conhecimento teórico com o conhecimento prático (prática reflexiva) potencializa a (re)organização do cuidado por meio das etapas do PE, garantindo ao estudante o desenvolvimento das condições para aprimorar a assistência e garantir a segurança do paciente por meio da capacidade de análise e intervenção, considerando a realidade do serviço, as evidências científicas e a utilização de linguagem padronizada.[7]

Acrescenta-se que, quando o estudante realiza atividades teórico-práticas e estágio curricular nos cenários do ALVF/HRO e HC, tem a oportunidade de operacionalizar a utilização das etapas do PE, documentando essa ação junto ao prontuário dos pacientes atendidos por eles. Já na academia, o ensino do PE para as três IES tem sido direcionado à prática, permitindo que o estudante, ao adentrar nos cenários, reconheça o modelo de PE instituído no serviço.

O desenvolvimento do PE pelos enfermeiros proporciona maior qualidade na assistência, pela identificação das necessidades do paciente baseada no cuidado holístico, individual e na valorização profissional por meio da cientificidade. Esse processo se inicia ainda na graduação, por meio de uma formação integral que permite a consolidação dessas habilidades.[8] Para tal, os cenários de prática são o elo entre a teoria e a prática, pois permitem aos estudantes uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho, a percepção sobre o trabalho profissional do enfermeiro e sua relevância, bem como a oferta de aprendizado dinâmico e realístico. Dessa forma, o ensino do PE, por meio dos cenários de prática, reflete na integração de saberes, proporcionando a transformação de pensamentos, reflexões críticas, mudança de postura pessoal, não só dos estudantes, mas dos docentes e profissionais.[9]

O modelo instituído na ALVF/HRO corrobora estudo que afirma que a formação acerca do PE, seja na graduação ou no serviço, qualifica o processo de trabalho da enfermagem, pois o envolvimento dos atores instiga a reflexão para mudanças nas práticas, na parceria ensino-serviço, apreendida como um movimento de mutualismo que requer o uso de metodologias ativas para despertar o interesse dos estudantes e profissionais.[7]

Os docentes que não pertencem aos projetos de pesquisa e extensão de forma institucionalizada são convidados a participar das oficinas de atualização. E, em unidades de conhecimentos específicos, há a participação de docentes com expertise das áreas no desenvolvimento da “matriz assistencial” por especialidade. Exemplo disso foi o convite a docentes especialistas em pediatria para integrarem as rodas de conversa a fim de definir a prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem (DE), Resultados Esperados (RE) e Intervenções de Enfermagem (IE) com base no perfil diagnóstico prioritário para o setor. Cabe destacar que participam das rodas de conversa os docentes com *expertise* em PE e na especialidade clínica, estudantes de enfermagem (representando o ensino), enfermeiros gestores, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem do serviço (representando a gestão e a assistência).

Visando qualificar os movimentos de implantação/implementação do PE, a COMPEnf, mais recentemente, deliberou sobre a constante necessidade de capacitação do docente que vai se inserir em atividade prática e supervisão de estágio em unidade do HRO e ou do HC. Essa demanda objetiva o desenvolvimento efetivo do PE nos cenários da prática, pois a articulação entre ensino e serviço é uma realidade, exigindo que os docentes e estudantes, em suas práticas do ensino, deem continuidade ao trabalho já implementado pelos profissionais do serviço.

A integração dos estudantes às práticas cotidianas do serviço é um desafio para a relação ensino-serviço e, nesse sentido, é necessário investir-se em espaços de diálogo com envolvimento de profissionais, docentes, estudantes e gestores, almejando a tomada de decisões compartilhadas, a valorização e a capacitação dos profissionais que atuam no serviço por meio da educação permanente.[10]

Outro destaque se dá em relação ao papel da academia frente ao processo ensino-aprendizagem. Esse papel reforça essa articulação, pois estimula os estudantes a compreenderem a realidade vivenciada e seu papel como futuros profissionais de saúde, comprometidos com uma assistência qualificada e com estímulos ao diálogo e à reflexão crítica por meio de metodologias ativas de ensino.[11]

No que diz respeito à operacionalização do PE na ALVF/HRO, adotou-se o referencial teórico de enfermagem das necessidades humanas básicas, de Wanda de Aguiar Horta[12], e as taxonomias NANDA-I[12], NOC[13] e NIC[14] (NNN). Para a aplicabilidade desses referenciais nas unidades, são

produzidas “matrizes assistenciais” que compilam o perfil de DE, com os respectivos resultados esperados e seus indicadores. E, por fim, as intervenções propostas e suas respectivas atividades, sendo que se produz uma matriz específica para cada unidade, resguardando, assim, as particularidades epidemiológicas e sociais dos setores onde se executa o cuidado de enfermagem. As matrizes são digitadas e arquivadas nos computadores disponíveis nas unidades, de modo que os enfermeiros possam utilizar este material como base para compor um formulário denominado “formulário NNN”, que agrega todas as etapas do PE: 1ª etapa – coleta de dados ou histórico de enfermagem; 2ª etapa – diagnósticos de enfermagem; 3ª etapa – planejamento do cuidado a partir dos resultados de enfermagem, indicadores selecionados e intervenções e atividades selecionadas; 4ª etapa – implementação do cuidado com base na NIC e sua checagem no formulário NNN; 5ª etapa – reavaliação que permite ao profissional retomar mais uma vez o formulário NNN, visando verificar o nível de resposta ao cuidado que se conseguiu obter quanto aos resultados e seus indicadores.

As etapas implementadas nas unidades carecem do estabelecimento de procedimentos de acompanhamento, denominado, pela COMPEnf, de auditoria, que objetiva detectar as potencialidades e fragilidades do uso do PE, em um caráter estritamente educativo. Essa ação visa ao aperfeiçoamento para implementar o PE, estabelecendo estratégias que motivem o grupo (docentes, estudantes e profissionais) a manter as conquistas e corrigir as falhas identificadas na aplicabilidade das distintas etapas do PE.

A Figura 1 exemplifica o modelo de matriz assistencial elaborado para uso na ALVF. A proposta foi elaborada a partir de um trabalho de conclusão de curso realizado no ambulatório de atendimento radioterápico do HRO. A matriz assistencial foi elaborada no Microsoft Excel® inter-relacionando as taxonomias NANDA-I, NIC e NOC com o propósito de simplificar a utilização. Esse movimento contribuiu para o desenvolvimento do raciocínio clínico e diagnóstico dos enfermeiros, docentes e estudantes, uma vez que os conteúdos foram debatidos nas rodas de conversa, aproximando-os do perfil dos pacientes atendidos nas unidades.

Figura 1 - Modelo de matriz assistencial

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Eliminação urinária prejudicada **Definição: Disfunção na eliminação de urina**		**Eliminação Urinária** **Definição: Armazenamento e eliminação de urina**			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Dano sensório motor secundário à dano neurológico central ou periférico	Volume	Odor da urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Múltiplas causas	Incontinência urinária	Quantidade da urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Sedação	Retenção urinária	Cor da urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dano renal	Cor	Partículas visíveis na urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Presença de partículas	Retenção de urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Incontinência urinária	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Sangue visível na urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Dor ao urinar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	**ATIVIDADES**

Fonte: Vicari, Argenta, Adamy (2017)[16].

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	**ATIVIDADES**
Controle da Eliminação Urinária Definição: Manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária	Monitorar a eliminação urinária: odor, volume e cor.
	Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária
Cuidados na Retenção Urinária Definição: Assistência no alívio da distensão vesical	Observar presença da incontinência.
	Realizar sondagem vesical, conforme POP.
	Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos.
	Monitorar o grau de distensão da bexiga urinária por palpação e percussão.

Fonte: Vicari, Argenta, Adamy (2017)[16].

Para operacionalizar a Matriz Assistencial, o arquivo foi organizado de forma que a aba correspondente ao diagnóstico de enfermagem mantenha-se na cor azul; os resultados esperados e respectivos indicadores, na cor laranja; e as intervenções, na cor verde16. Cada aba corresponde também a um domínio da NANDA-I, o que facilita a utilização dos SLP e sua inter-relação.

Com o intuito de registrar o PE no prontuário do paciente, criou-se o formulário NNN, com os principais dados – DE, RE – e seus respectivos indicadores, assim como as IE com suas respectivas atividades a partir dos dados captados na matriz assistencial.

A Figura 2 exemplifica o formulário NNN para registro no prontuário do paciente das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem. O formulário permite visualizar o PE em um único instrumento. Cabe destacar que esse modelo de registro é realizado no microsoft word e está em fase de avaliação para compor o sistema informatizado utilizado pela ALVF.

Figura 2 -

Modelo de registro do Processo de Enfermagem

PACIENTE:
IDADE:
REGISTRO:
LEITO:
DATA:
DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM							
1.							
2.							
3.							
4.							
Resultados Esperados	Indicador	NOC A	NOC B	NOC C	Intervenções de Enfermagem NIC	Atividades	Aprazamento

EVOLUÇÃO DE SAÚDE

Assinatura Enfermeira / COREN:

Fonte: COMPEnf (2018).

Outros frutos oriundos de todo trabalho são as buscas que começam a surgir de coordenadores, gerentes de serviços de enfermagem de hospitais da Região Oeste de Santa Catarina no sentido de se estabelecer novas parcerias, inclusive caracterizando consultorias. E, acima de tudo, a

valorização profissional do enfermeiro, que percebe os resultados do seu trabalho com o uso da ferramenta do PE, sentindo-se mais seguro e assertivo para discorrer sobre as condições clínicas dos pacientes, assim como mais qualificado na capacidade para tomada de decisões.

Nesse sentido, para o PE ter significância e ser efetivo como modelo de cuidado institucionalizado, fez-se e faz-se necessário o fortalecimento da integração ensino-serviço, aliadas ao embasamento teórico, científico, atualização constante, aprimoramento do uso de novas tecnologias a exemplo da informatização do PE, avanço na utilização de novas ações educativas, a intersetorialidade e interprofissionalidade, dentre outros elementos que motivem a continuidade das atividades até agora propostas.

Cabe destacar que a implantação e implementação do PE foi inspirada nas ações do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), referência nacional e internacional, com acreditação pela *Joint Commission International*, e que, com a implementação do PE, deixou para trás um modelo tradicional de cuidado (biomédico, tecnicista) e passou a implementar o cuidado pautado na integralidade de modo racional e reflexivo. E também adotou um modelo de formação em serviço de forma articulada com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul transformando processos e pessoas.[17]

O desenvolvimento do processo de enfermagem na atenção primária à saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o alicerce do sistema nos países que possuem uma organização nacional de saúde cujo principal objetivo consiste em prestar cuidados essenciais à população. Prima pelo acesso universal, representando o primeiro nível de contato com o usuário e elemento de um continuado processo de assistência, o mais próximo possível e disponível ao alcance de indivíduos, famílias e comunidade.[18]

A APS é entendida como conjunto de ações de saúde desenvolvidas para pessoas em âmbito individual, familiar e comunitário, voltadas à prevenção de agravos, promoção, proteção, ao diagnóstico, tratamento e à reabilitação da saúde, redução de danos, aos cuidados paliativos e à vigilância em saúde, ações que são realizadas por uma equipe multiprofissional e voltadas à população de sua responsabilização sanitária[19].

A APS caracteriza-se como um dos pontos da rede de saúde e porta de entrada para o sistema há mais de 20 anos, orientada e organizada, inicialmente, pelo Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF está inserida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que orienta a composição de uma equipe de Saúde da Família (eSF) de caráter generalista, que busca ampliar, qualificar e consolidar a APS, por meio da reorientação do processo de trabalho com o intuito de aumentar a resolutividade dos problemas[19].

O enfermeiro inserido na eSF produz ações de saúde, embasadas pelo conhecimento científico nas dimensões assistenciais e gerenciais. Por meio de uma visão profissional, generalista e polivalente, o enfermeiro consegue ter um olhar integral ao usuário que vivencia cada etapa do ciclo da vida, desenvolvendo ações de promoção à saúde, de prevenção, tratamento e reabilitação, contribuindo para a cobertura e o acesso à APS[20].

Dentre as ações desenvolvidas pelo enfermeiro na APS, destaca-se o PE efetivado por meio da realização da consulta de enfermagem (CE), que possibilita ao enfermeiro ter ampla atuação no desenvolvimento das suas atividades de rotina, assumindo seu papel de líder no que tange à inserção do cuidado sistematizado durante a CE e podendo, dessa forma, reorganizar os processos de trabalho e impulsionar mudanças positivas no serviço onde atua[21].

Os movimentos para a implantação do PE em Chapecó e região podem ser observados em ações desenvolvidas no ensino de graduação e pós-graduação em enfermagem, por meio de atividades que reforçam a necessidade e importância de o enfermeiro desenvolver o PE em suas atividades cotidianas. Nesse âmbito é propiciado aos estudantes da graduação realizarem a CE durante as atividades teórico-práticas desenvolvidas na APS, especialmente no atendimento à criança, à mulher e ao idoso.

Os movimentos realizados no ensino são reforçados pelos programas e projetos desenvolvidos na extensão universitária, dentre os quais se destaca o programa “Cuidar, brincar e aprender: estratégias para promover a saúde da criança e do adolescente”. Implantado em 2016, esse programa é composto por três ações, das quais uma é a realização da CE para crianças e adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As CE são realizadas por estudantes da graduação acompanhados pelos docentes que ministram a

disciplina de saúde da criança e do adolescente. Para a realização da CE foi elaborado um roteiro de consulta contendo anamnese da criança, exame físico completo e plano de cuidados.

Salienta-se que a etapa de elaboração dos DE está em fase de implantação em parceria com três mestrandas que estão realizando seus TCCs, cujo foco é a implantação da CE, incluindo o Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) voltadas à mulher e à criança.

Um estudo realizado no município de Chapecó, em 2016, sobre o cenário da consulta de enfermagem realizada com mulheres por enfermeiros da rede atenção primária, por meio da CE, revelou que a maioria dos enfermeiros desta rede apresentou fragilidades no desenvolvimento da consulta conforme preconiza as normativas estabelecidas pelo COFEN e Políticas Públicas de Saúde. Além disso, o estudo sugere que a CE precisa ser ressignificada e incorporada pelos enfermeiros a fim de constituir-se como dispositivo para produzir integralidade da atenção à saúde das mulheres[22].

Nesse contexto, cabe salientar que os movimentos na pesquisa, com foco no PE, foram consolidados pela implantação do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da UDESC. Esse curso se tornou um marco para a qualificação dos profissionais em enfermagem da Região Oeste e Meio Oeste de Santa Catarina, municípios onde estão sendo implantados modelos de CE à criança e à mulher. A realização desses projetos de pesquisa e intervenção fazem parte do macro projeto de pesquisa “Estratégias para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado à mulher e à criança na perspectiva da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger” subsidiado por recursos do Edital CAPES/COFEN nº 27/2016 e lançado com o objetivo de formar recursos humanos de enfermagem e desenvolver pesquisas científicas e tecnológicas, com foco na SAE.

A Teoria Transcultural considera que a visão de mundo dos indivíduos e as estruturas sociais e culturais influenciam seu estado de saúde, bem-estar ou doença[23]. Como balizadora da SAE, essa teoria valoriza a cultura de cada indivíduo ou grupo social e, potencialmente, pode interferir nas práticas de cuidado de saúde-doença[24].

A realização da macropesquisa deu origem a quatro projetos de pesquisa e intervenção, dois com foco na CE à criança de zero a dois anos de idade, um na CE à mulher e o outro voltado à construção de elementos de gestão

que viabilizassem a implantação e implementação da SAE. A troca de conhecimentos e a construção de saberes ocorreram a partir de atividades realizadas entre as mestrandas, que são enfermeiras atuantes na APS desses municípios, e demais enfermeiras que também atuam nesse ponto da rede de atenção à saúde.

Para o desenvolvimento destes projetos de pesquisa e intervenção junto às Secretarias Municipais de Saúde, cada mestranda desenvolveu o seu projeto pautado nas necessidades identificadas nos locais de trabalho, na produção científica e nas legislações vigentes. A criança foi escolhida como um dos focos dos projetos de pesquisa, pois se sabe que na infância se desenvolve grande parte das potencialidades do ser humano, com marcantes modificações no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Por isso o seu acompanhamento é essencial para garantir qualidade de vida e evitar ou minimizar agravos, além de orientar o cuidador neste processo. Assim, o enfermeiro, por ter seu papel voltado ao atendimento da família, tem fundamental importância nas ações de saúde infantil e, por meio do PE, pode sistematizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança[25].

Ainda com relação à saúde da criança, em termos gerais, na fase neonatal as mortes estão relacionadas mais fortemente aos determinantes biológicos, incluindo gestação múltipla, prematuridade, baixo peso ao nascer, malformação congênita, afecções do período perinatal, entre outras causas. Portanto, a sua prevenção deve, então, envolver melhorias no acesso universal ao pré-natal de qualidade e acesso a serviços com tecnologia para diagnóstico e tratamento acessível na medida da necessidade da criança, desde a atenção básica até a de alta complexidade, inclusive UTI neonatal[26].

Em relação à saúde da mulher, percebe-se que, mesmo havendo aumento na oferta de serviços, de tecnologias de diagnóstico e tratamento, de inovações na terapêutica clínica, da ampliação de leis que garantem seus direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres continuam sofrendo com as desigualdades sociais e de gênero, o que acaba por impactar na sua saúde[27].

Estudo publicado aponta que as mortes maternas por causas obstétricas diretas denotam a baixa qualidade da atenção obstétrica e do planejamento familiar prestados às mulheres. A análise por grupos de causas demonstra que a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto, puerpério e aborto

são as principais causas de morte materna. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde[28].

Outro aspecto importante ao considerar-se a saúde da mulher durante a sua vida reprodutiva é o tipo de parto realizado, que, no caso do Brasil e do estado de Santa Catarina, é ainda, na sua maioria, por cesariana. Entre 2000 e 2012, esse tipo de parto aumentou significativamente entre todas as faixas etárias e representou, em 2012, quase 56% dos partos realizados no Brasil[29].

Nesse sentido, a proposta de implementar a CE leva em consideração os aspectos culturais e as lacunas na assistência na APS na Região Oeste e Meio Oeste de Santa Catarina, no sentido de fomentar e fortalecer as estratégias de implementação da SAE no contexto da atenção à saúde da mulher e da criança. A escolha por esta área justifica-se, pois apesar de todo avanço tecnológico, a área da saúde da mulher e da criança, ainda apresenta indicadores de saúde desfavoráveis.

A efetivação da proposta foi articulada com o desenvolvimento de pesquisa e intervenção, por meio da pesquisa-ação, pois ela se relaciona aos significados que as pessoas atribuem às experiências vivenciadas na sociedade. E a maneira como compreendem também ajuda elucidar problemas que sejam relevantes para um grupo de pessoas por meio de discussões nas quais são levantadas as possíveis soluções aos problemas apontados[30]. Para a construção do modelo de consulta, com as enfermeiras que atuam na APS, foram realizados quatro Grupos Focais (GF).

Em cada encontro, foi construído, coletivamente, uma etapa da CE, com base na Resolução n° 358/2009 do COFEN[1], que define as seguintes etapas para o PE: histórico de enfermagem/coleta de dados – anamnese e exame físico – e diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A operacionalização dos DE pode ser efetivada por meio do uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), organizada pelo Conselho Internacional de Enfermagem, que permite aos enfermeiros descrever suas práticas profissionais de forma sistemática, em que os resultados apoiam uma tomada de decisão eficaz, promovendo a educação em saúde e auxiliando em políticas de saúde[31].

Essa classificação foi escolhida por ser uma terminologia padronizada, ampla e complexa que, no âmbito mundial, representa o domínio da prática de enfermagem, sendo considerada, ainda, uma tecnologia de informação,

pois consegue coletar e armazenar uma série de dados em diversos cenários e regiões geográficas, contribuindo para que a prática profissional da enfermagem seja eficaz e reconhecida mundialmente na sociedade[32].

A CIPE® está organizada em sete elementos: Foco, Julgamento, Meios, Ação, Tempo, Localização e Cliente formando o Modelo de Sete Eixos que visa facilitar a composição de afirmativas para se ter acesso rápido e organizado aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem nos Catálogos CIPE®, que estão direcionados a clientelas, prioridades de saúde ou a fenômenos de enfermagem. Assim, garante-se o apoio ao cotidiano dos profissionais diante da prática do cuidar, facilitando a documentação do PE por meio do raciocínio clínico, dinamizando pensamentos, informações, dúvidas e sentimentos[32,33].

Após a elaboração das etapas da CE, cada enfermeira, no seu local de trabalho, testou a etapa construída e fez sugestões para que, no encontro subsequente, após considerações individuais e discussões coletivas, fossem realizados os ajustes necessários. Foi nesse processo de construção, desconstrução e (re) construção que o modelo foi se tornando aplicável, dando ao enfermeiro maior autonomia para a tomada de decisão baseada em uma prática sistematizada. Em meio às discussões, ainda foi necessário rever a Teoria Transcultural, proposta inicialmente, pois se chegou à conclusão de que a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta contemplava, de forma mais ampla, as necessidades e realidades vivenciadas nos municípios em estudo.

No último GF foi realizada a validação do modelo de consulta pelo Índice de Validade do Conteúdo (IVC), que mede a concordância entre as opiniões dos especialistas, tendo esse que ser igual ou superior a 0,80. Esse método emprega a utilização da escala do tipo *Likert* com pontuação de um a quatro, cujo score foi calculado por meio da soma de concordância dos itens, que foram marcados como três ou quatro pelos participantes do grupo focal, divididos pelo número total de respostas[34].

A partir deste movimento, acredita-se que a integração ensino-serviço tomou uma nova forma, as especificidades de cada região ficam evidenciadas e o planejamento das atividades tiveram necessidades contempladas de acordo com cada cenário. O que mais se destacou no processo foi a mudança na ressignificação da percepção sobre a realização da CE pelo próprio enfermeiro, que tinha dificuldade de se enxergar neste papel e posteriormente percebeu que suas ações estavam fragmentadas,

principalmente pela não realização do exame físico e utilização de uma taxonomia (CIPE®) para a realização da CE.

O produto final dessas atividades de pesquisa e intervenção resultou na construção compartilhada entre ensino-serviço de um modelo de CE em puericultura, e um modelo de CE à mulher com foco na saúde reprodutiva e sexual. Além desse modelo, foi construído um Subconjunto Terminológico da CIPE® para a criança e um Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher. Para facilitar o acesso aos profissionais de enfermagem em seu contexto profissional, o Conselho Internacional de Enfermeiras sugere a utilização de Subconjuntos Terminológicos, os quais contêm enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem direcionados a uma determinada área de cuidado[32].

Cabe destacar que no município de Chapecó, buscando qualificar o protocolo de assistência de enfermagem à criança, incorporou-se a CE no seu contexto. As etapas da CE foram construídas de acordo com a prática assistencial de enfermeiros inseridos na APS. Essa inserção é de grande valor e pertinência, pois o protocolo torna-se adaptado à realidade do município. Essa construção ocorreu durante os GF realizados e vinculados ao projeto de pesquisa do mestrado e foi revisada por enfermeiras da rede que fazem parte da comissão de protocolos da Secretaria Municipal de Saúde. O protocolo construído com base na CE facilita e qualifica o processo de trabalho do enfermeiro, agregando conhecimento técnico e científico.

Destaca-se, ainda, a operacionalização de outro projeto voltado à construção de elementos de gestão está em desenvolvimento e mobilizou coordenadores enfermeiros da rede de atenção básica do município de Chapecó. Seu objetivo foi identificar elementos que possam auxiliar no enfrentamento dos desafios vividos pelos enfermeiros no gerenciamento das equipes de ESF. Ao longo de 2018, foram realizados dois GF e, entre os fatores que atrapalham o processo de trabalho, está a dificuldade dos enfermeiros assistenciais em implementar todas as etapas da CE. Nesse sentido, o MPEAPS poderá auxiliar na mobilização e qualificação profissional dos enfermeiros da rede de APS, visto que um dos produtos deste projeto será um plano de qualificação profissional para as equipes de enfermagem do município.

Todas estas dinâmicas de atividades contribuíram para o fortalecimento da prática profissional do enfermeiro, da enfermagem baseada em

evidência, pois possibilitou a criação de mecanismos de reflexão da prática cotidiana do profissional, aliando o serviço junto ao ensino, o que estimula o profissional da APS a buscar o aprimoramento de suas práticas para melhor atender e cuidar com segurança do paciente, proporcionando também ao ensino a oportunidade de conhecer e vivenciar os cenários de prática com a possibilidade real de atuar sobre ele.

Considerações finais

O que se discorreu neste capítulo acerca da história do Processo de Enfermagem (PE) na cidade de Chapecó e região, mostra de uma maneira clara e elucidativa que é possível superar barreiras e obstáculos relativos à implementação do PE nos serviços de saúde diante de iniciativas que valorizem, sobretudo, a articulação ensino-serviço e que venham a sobrepor interesses individuais de representantes do ensino e dos profissionais.

A conquista até então obtida na região, em especial no âmbito hospitalar, tem resultado em positiva e assertiva. Assim, os pacientes atendidos nos serviços ganham uma atenção em saúde diferenciada quando se ofertam cuidados totalmente norteados por referenciais teóricos que asseguram o caráter científico das práticas, tal qual são norteados filosoficamente por modelos humanizados.

O uso de Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) como NANDAI, NIC, NOC e CIPE® imprime às etapas do PE organização e sistemática aliadas ao desenvolvimento do raciocínio clínico dos profissionais, docentes e estudantes, que pode ser verificado na prática, analisado e aperfeiçoado. A aplicação diária e continua do PE tem permitido aos profissionais o desenvolvimento da *expertise* quanto à avaliação clínica dos pacientes. E é fato incontestável que, na atualidade mundial, políticos, cientistas e técnicos da saúde ocupam-se prioritariamente com a formação em saúde por meio da qual se evidencie o quão preparado se encontra o profissional da saúde para melhor avaliação clínica em uma perspectiva ampliada de saúde e tomada de decisão; enfim, uma formação avançada em saúde e em enfermagem.

Além dos resultados soberanamente relevantes, em relação ao uso dos indicadores destes SLP, os quais objetivam as respostas positivas desta prática permeada por valores científicos e das melhores evidências, agrega-se a valorização profissional da enfermagem que há anos se pleiteia. Para os profissionais e serviços que amadureceram quanto às escolhas de

estratégias, caminhos e trajetórias a seguir para esta conquista, houve o convencimento de que o PE consiste no método de excelência, bem como atende as prerrogativas legais e éticas.

Assim, se enseja que essas experiências possam servir de estímulo a serviços e profissionais de outras regiões do país no sentido de buscarem deflagrar iniciativas de construtos dessa natureza, que, certamente, transformam as práticas em saúde tanto para pacientes quanto para profissionais, além de criar laços insolúveis entre ensino-serviço.

Referências

1. Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a SAE e o PE e dá outras providências. Brasília, COFEn; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

2. Brasil. Portaria Interministerial nº 285 de 25 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Seção 1, p. 31. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html.

3. Adamy EK et al. Integração ensino-serviço: estratégia para a consolidação do Processo de Enfermagem. In: Vendruscolo C et al. Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina: entre cenários e práticas. Porto Alegre: Rede Unida; 2018.

4. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008; 32(3): 356-62.

5. Brehmer LCF, Ramos FRS. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de Cursos de Graduação em Enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014; 48(1): 118-24.

6. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Ito TN. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras

e estudantes de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014; 67(4): 505-11.

7. Adamy EK, Zocche DAA, Vendruscolo C, Almeida MA. Ensino do Processo de Enfermagem: o que as produções científicas proferem. Revista Cuidado é Fundamental, 2019; 11(1).

8. Pereira CDFD, Tourinho FSV, Miranda FAN, Medeiros SM. Ensino do processo de enfermagem: análise contextual. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2014; 8(3): 757-764.

9. Lima TCD, Paixão FRC, Cândido EC, Campos CJG, Ceolim MF. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014; 67(1): 133-40.

10. Sales PRS, Marin MJS, Silva Filho CR. Integração academia-serviço na formação de enfermeiros em um hospital de ensino. Rev Trabalho, Educação e Saúde. 2015; 13(3): 675-693.

11. Jacondino MB, Silveira DN, Martins CL, Coimbra VCC. Processo de ensino-aprendizagem do estudante de enfermagem e os estilos de aprendizagem. Journal of Learning Styles. 2015; 8(15).

12. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

13. Herdman HT, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

14. Moorhead S, et al. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

15. Bulechek GM, et al. NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem. 6. ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2016.

16. Vicari G, Argenta C, Adamy EK. Construção de protocolo assistencial para pacientes em tratamento radioterápico com base nos Sistemas de Linguagem Padronizadas de Enfermagem NANDA-I, NIC e NOC. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem [Universidade do Estado de Santa Catarina-UDESC]. 2017.

17. Adamy EK, Zocche DAA, Almeida MA. Processo de Enfermagem: a arte de integrar o ensino e o serviço na formação. Porto Alegre: Moriá,

2019.

18. Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Disponível em: https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/.

19. Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

20. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018; 71(1): 752-7.

21. Dantas CN. Software-protótipo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil a partir da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®). Natal. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal (RN), 2016.

22. Zocche DAA, Ribeiro K, Adamy EK, Vendruscolo C, Trindade LL, Zanatta EA. Contribuições da consulta de enfermagem no fortalecimento da integralidade da atenção à saúde da mulher. In: 6º Congreso Ibero-Americano em Investigación Cualitativa em Salud

23. Seima MD, Wall ML, Michel T, Lenardt MH, Méier MJ. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa. 1985 - 2011. Esc. Anna Nery. 2011; 15(4): 851-857.

24. George JB, et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

25. Gubert FA, Santos DAS, Pinheiro MTM, Brito LLMS, Pinheiro SRCS, Martins MC. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. Rev. Rede de Enfermagem do Nordeste. 2015; 16(1): 81-9.

26. Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão de literatura sobre a última década. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(7): 1511-28.

27. Oliveira DLLC, Zocche DAA, Bonilha ALL, Espírito Santo LC. Atenção Materna e Infantil e Marcadores Socioculturais. In: Brasil.

Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde; 2014: 5465.

28. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Revista Baiana de Saúde Pública. 20123; 36(2).

29. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; Editora no Ministério da Saúde, 2012.

30. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

31. International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice [internet]. Genova.

32. Garcia TR, Bartz CC, Coenen AM. CIPE: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR. Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE®: Versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.

33. Silva RS, Nóbrega MML, Medeiros ACT, Jesus NVA, Pereira A. Termos da CIPE® empregados pela equipe de enfermagem na assistência à pessoa em cuidados paliativos. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2015;17(2): 269-77.

34. Polit-O’Hara D, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.

Capítulo 4 - Uma construção compartilhada em busca de um modelo para o processo de cuidar em enfermagem

Olvani Martins da Silva, Adriana Gracietti Kuczmainski, Gloriana Frizon, Tania Maria Tacca Zunkowski, Susane Karine Kerckoff Machado, Veridiana da Silva Pinto

Introdução

A prática de trabalho, desenvolvido pela enfermagem, vem sendo estruturada em premissas originárias de evidências científicas na busca da qualificação do cuidado de enfermagem. A aplicação clínica do Processo de Enfermagem (PE) apresenta-se neste âmbito como método científico da profissão para gestão do cuidado, pois permite a organização da assistência ofertada, ao passo que garante a adoção de condutas assertivas e resolutivas de enfermagem em todos os níveis da assistência à saúde, garantindo a segurança dos pacientes.[1]

O PE é uma ferramenta utilizada mundialmente. Desde seu início, na década de 50-60, nos Estados Unidos e Canadá e, posteriormente, na prática clínica, na década de 70, tem se demonstrado um guia norteador dos cuidados de enfermagem.[2] No Brasil, o emprego da sistematização das ações de Enfermagem se fortaleceu a partir da publicação do livro “Processo de Enfermagem”, de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970.[3]

O método beneficia tanto o paciente, por possibilitar um cuidado integral, seguro, individualizado e eficaz, atendendo suas necessidades, quanto aos enfermeiros, ao permitir o desenvolvimento do raciocínio clínico e científico, colaborando na autonomia e cientificidade da profissão.

Considerado um método intencional, dinâmico, interativo, flexível e sistemático, o PE desenvolve-se a partir de fases distintas e complementares à construção do cuidar, sendo este fundamentado em um suporte teórico, bem como se recomenda que sua utilização seja ancorada em Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) de enfermagem.[4]

O uso de SLP advém da necessidade de padronização da linguagem utilizada ao registrar as ações de enfermagem a nível mundial, enquanto referências no cenário internacional destacam-se a NANDA Internacional (NANDA-I) para atender a etapa que corresponde ao Diagnóstico de Enfermagem (DE)4; a *Nursing Interventions Classification* (NIC), que atende as demandas da etapa de definição das intervenções e atividades de enfermagem[5] e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) que corresponde ao processo de avaliação dos resultados de enfermagem[6]. Enquanto instrumento metodológico do cuidado em enfermagem, o processo deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorre o cuidado inerente a profissão, pois subsidia a assistência de Enfermagem com vistas a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade, conforme estabelecido na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 358/2009.[7]

Mediante a obrigatoriedade, os serviços de saúde têm intensificado esforços para a implantação do PE em seus ambientes institucionais e, assim, legitimar suas atividades. Com essa perspectiva, este capítulo objetiva: a) descrever a integração entre serviço e a Instituições de Ensino superior (IES) para a implantação e implementação do PE; relatar a experiência da constituição da Comissão do Processo de Enfermagem em hospital público no Oeste catarinense; narrar a estruturação das rodas de conversa utilizadas pela Comissão do Processo de Enfermagem; compartilhar a experiência do grupo de enfermeiras, docentes e discentes das instituições envolvidas no refinamento da seleção de diagnósticos de enfermagem, resultados esperados e intervenções de enfermagem para a construção de uma matriz assistencial para as unidades de cuidado.

O iniciar de uma trajetória e a consolidação das parcerias institucionais: criação da comissão do processo de enfermagem (COMPENF)

Em meados de 2014, por uma necessidade da instituição Hospital Regional Oeste (HRO) em qualificar a assistência do cuidado e pelas frequentes solicitações de trabalhos de conclusão de curso e demandas de atividades teóricas práticas e estágios pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), relacionadas à elaboração do Processo de Enfermagem (PE), idealizou-se a necessidade da uniformização para a aplicabilidade do PE no ambiente hospitalar.

Essa atitude teve a meta de padronizar uma metodologia e uma linguagem entre o ensino e serviço, para atender as demandas institucionais. Assim, realizaram-se vários encontros entre profissionais das instituições para compartilhamento das experiências e propostas que estavam sendo praticadas de maneira descontínua e fragmentada.

Nesse cenário, o planejamento e a operacionalização das ações embasaram-se em um trabalho de conclusão de curso, no ano de 2014, elaborado por uma acadêmica de graduação em enfermagem da UDESC juntamente com a enfermeira do serviço no Ambulatório de Radioterapia do Hospital Regional (HRO). O estudo tinha por objetivo identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia NANDA-I em pacientes em tratamento radioterápico, bem como descrever as características definidoras e os fatores relacionados e de risco associados a cada diagnóstico.[8]

A partir desse estudo, iniciou-se a discussão norteadora para a utilização dos sistemas de linguagem padronizada a serem adotados na instituição. Adotaram-se os seguintes sistemas: NANDA, que aborda os Diagnósticos de Enfermagem (DE); NIC, que propõe as intervenções de enfermagem; e NOC, que padroniza a terminologia e critérios utilizados para medir e avaliar resultados a partir das intervenções de enfermagem.

O uso de um Sistema de SLP fornece estrutura para organizar o conhecimento, utilizando-se de um raciocínio clínico indispensável para estabelecer hipóteses e interpretar diagnósticos. Isso porque, muitas vezes, além das interpretações e decisões acuradas, é necessário interpretar as alterações do paciente de forma rápida e oportunizar uma proposta de intervenção nesta reavaliação. A avaliação de enfermagem é a pedra fundamental do raciocínio clínico e da assistência ofertada.[9]

Esse também foi o período de definição do modelo teórico arcabouço de sustentação ao PE, adotando-se a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta. Esse modelo sustenta-se em três princípios gerais: a lei do equilíbrio (homeostase): todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os indivíduos; a lei da adaptação: os indivíduos procuram se manter em equilíbrio a partir da interação com o seu meio externo; e a lei do holismo: o todo não é simplesmente a soma das partes, mas o conjunto delas. Focalizada em níveis de necessidades afetadas, denomina-se o contexto das necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual[3].

A opção do modelo conceitual da NHB foi apoiada pela representatividade da teoria no cenário nacional e no contexto acadêmico local, bem como pela leitura deste referencial enquanto possibilitador de uma avaliação completa do indivíduo, enquanto um todo indivisível, em suas dimensões biopsicossocioespiritual.

No início de 2015, representantes da Educação Permanente (EP), Educação Continuada (EC) e Direção de Enfermagem do HRO e IES apresentaram um projeto para implantação e implementação do PE na instituição, junto à Comissão de Educação Permanente, seguindo os moldes da experiência exitosa desenvolvida no Ambulatório de Radioterapia.

O projeto foi aprovado de forma unânime pela Comissão de Educação Permanente e, posteriormente, encaminhada para apreciação e aprovação da Diretoria Administrativa para dar sequência aos trâmites legais, pois a proposta demandaria liberação de horas dos profissionais de suas atividades assistenciais durante o período de encontros para o estudo do PE. Nesse momento, iniciaram-se as tratativas de oficializar a parceira com as IES.

A proposta previa a Unidade de Terapia Intensiva Geral para implementação do projeto piloto do hospital, devido às experiências preexistentes desenvolvidas, em que os enfermeiros realizavam como rotina a prescrição de cuidados aos pacientes, ainda que não sustentada por um SLP.

Além disso, a escolha dessa unidade para início da implantação do PE na instituição foi motivada por ser um setor complexo, onde os profissionais são desafiados a situações difíceis e necessitam de resposta rápida, exigindo maior atenção e controle, tanto para a avaliação clínica como para o uso dos recursos tecnológicos [10].

Com a evolução dos encontros e a proporção assumida pelas atividades dos grupos de trabalho, surgiu a necessidade da criação de uma comissão para centralizar as demandas referentes ao PE. No segundo semestre de 2015, em comum acordo entre a EP, Educação Continuada (EC), Direção de Enfermagem do HRO e IES, optou-se pela criação da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf), composta inicialmente pelas três IES e por enfermeiros representantes do HRO com vistas a ampliar para toda Associação Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), formada peloHRO, Hospital Augusta Muller Bhoner (Hospital da Criança) e Hospital Nossa Senhora da Saúde.

A direção de enfermagem indicou seus representantes em nível hospitalar e as coordenações de curso de enfermagem das IES indicaram até três representantes de cada instituição.

Em 2016, ocorreu a pactuação entre a Diretoria Administrativa do ALVF e a Diretoria de Enfermagem do HRO para liberação de horas para os profissionais de enfermagem envolver-se com os encontros, uma vez que eles são protagonistas em todas as etapas do processo, ou seja, elaboração, construção, implantação e implementação do PE. Até então, os profissionais do HRO realizavam as atividades de forma voluntária.

Também foi homologado o convênio de parceria através da portaria nº 010/2016 entre a ALVF e as IES, em que foram firmadas as atividades da comissão de enfermagem por meio de projetos de extensão e pesquisa universitária.

A finalidade da COMPEnf é reciclar conhecimentos e práticas desenvolvidas no cotidiano dos enfermeiros, estudar e propor metas, agregar conhecimentos teóricos, para subsidiar a prática dos profissionais e instrumentalizá-los para uma prática qualitativa11. Tais finalidades, objetivos, estrutura, organização e funcionamento foram estabelecidos por meio da elaboração de um regimento interno da COMPEnf.

A comissão atua em encontros mensais, que ocorrem nas dependências do HRO, com o intuito de agilizar as demandas para aplicabilidade e operacionalidade do PE nas unidades, bem como avaliação e *feedback* dos procedimentos adotados. Além de tais atividades internas da COMPEnf, os integrantes atuam *in loco* em visitas de suporte e treinamentos às equipes, além de auditar e avaliar prontuários para fins de levantamento de indicadores quantitativos e qualitativos do uso de PE nas unidades hospitalares.

Semelhante ao trabalho executado por esta comissão, em Campinas/SP, um estudo analisou o processo de enfermagem em um hospital governamental, para identificar as fases utilizadas pelos enfermeiros da instituição. Dos 45 enfermeiros que compuseram a amostra, observou-se que eles não realizam o PE de forma integral, uma vez que as fases eram realizadas de forma independente, e o histórico de enfermagem e o planejamento as fases menos utilizadas pelos enfermeiros[12].

Para evitar essas ocorrências, a comissão elaborou um planejamento com cronograma de implantação e implementação do PE para gradativamente atender todas as unidades de assistência de enfermagem, tendo como meta, ao final do ano de 2019, a obtenção da totalidade das unidades de abrangência do HRO e parte do Hospital da Criança na ALVF.

No tocante às dificuldades encontradas no percurso desse período, cita-se a resistência por parte de alguns profissionais em executar o processo em sua plenitude, fato que resultou nas auditorias por parte da comissão. Alguns enfermeiros demonstraram indiferença com o processo, explanando críticas desmotivadoras. Outros aspectos convergem com o estudo realizado por Silva *et al*. (2014)[13], em que é apontado a sobrecarga de trabalho e número insuficiente de profissionais para o desempenho das atividades. Por outro lado, obtiveram-se grupos empenhados e decididos em registrar a sua prática.

Inicialmente, o processo era registrado de maneira rudimentar através de planilhas no sistema Office Calc[14] e Office Write[15]. Atualmente dispõe de software específico. Nesse sentido, a COMPEnf tem se debruçado em tratativas e esforços junto à Diretoria Administrativa e Sistema de Tecnologia da Informação (STI) para inclusão da NANDA-I, NIC e NOC no sistema de informação da instituição, a fim de obter prontuário eletrônico completo, visando agilidade na execução das etapas do PE.

Em estudo de revisão integrativa que investigou o impacto decorrente do uso das tecnologias de informação na implementação da SAE nas instituições de saúde hospitalares, observou-se que o uso dos recursos de informática na assistência é uma realidade em expansão, uma vez que essa tecnologia agiliza as atividades e assegura uma gestão eficaz.[16]

Rodas de conversa: construções cotidianas entre sujeitos reflexivos

Os primeiros movimentos dos encontros do grupo tiveram início em 2015. Na ocasião, foi possível reunir 27 profissionais do serviço e das IES, os quais selaram a união de esforços para consolidar a implantação do PE no HRO, por meio de um arranjo pedagógico, em que o intercâmbio de saberes produziu e reproduziu espaços de discussões entre o serviço e as IES. Esses encontros possibilitaram a reflexão das ações entre os diferentes atores, com vistas a compreender significados que se relacionam às experiências pregressas dos aprendizes, permitindo-lhes ser também os protagonistas da construção.[17]

Os encontros passaram a ter uma periodicidade quinzenal, em ambiente interno da instituição, com datas previamente agendadas ao longo do ano, com duração de aproximadamente duas horas.[11] Durante os encontros, as rodas de conversa foram adotadas como mecanismo didático metodológico, convergindo para um espaço dialógico de uma construção coletiva e compartilhada. Essa experiência estimulou a troca de saberes das vivências nas unidades em relação ao PE; assim, as ações passaram a ser centradas na problematização e reflexão sobre os casos clínicos dos pacientes. As rodas de conversa têm como foco central a troca de ideias e saberes entre seus interlocutores, mediada pela produção e reprodução de experiências vividas em uma ação reflexiva.[17]

No primeiro encontro, buscou-se a sensibilização e aproximação com o conteúdo proposto. Para isso, foram distribuídos aos participantes tarjetas em diferentes cores para que, em duplas, os profissionais discorressem sobre os seguintes termos: paciente, enfermagem e cuidado. Posteriormente, as concepções de cada dupla foram afixadas em um painel para discussão a partir desses conceitos, confrontando com as teorias de enfermagem e sua importância para os profissionais, tendo em vista que as teorias fundamentam as ideias e concepções no contexto proposto mediante os significados dos termos.

Em outros termos, a teoria suscita o significado do conceito, em que uma palavra pode adquirir diferente significado dependendo do contexto atribuído. Assim, pode-se dizer que, se alterarmos o sentido de uma palavra, altera-se o sentido da teoria; portanto, a melhor forma de esclarecer um conceito é explanar a teoria no qual ele se insere. Daí a importância da escolha de uma teoria para respaldar o PE, já que seus atributos servem para assegurar a prática assistencial.[18]

Diante disso, cada concepção listada pelas duplas era discutida e associada à realidade encontrada, considerando a formação de cada um dos participantes. Os resultados dessa dinâmica foram associados à teoria de Wanda Horta, pois sua teoria ressalta a importância de colaborar com o usuário para satisfazer suas necessidades humanas básicas. Para isso, os enfermeiros dispõem de ferramentas indispensáveis como conhecimento, habilidades e atitude.[13]

Também eram trabalhadas questões sobre quem é o centro do cuidado, os sinais, sintomas ou a patologia e a respeito de qual era a concepção dos presentes sobre estar saudável ou doente.

Refletir sobre o objeto do cuidado requer a valorização da vida[19]; logo, ao refletir sobre o cuidado, talvez seja possível compreender que as atitudes dos profissionais de enfermagem necessitam ser constantemente reavaliadas.

A partir dessas reflexões ao longo dos encontros, acrescentaram-se as discussões relacionadas à temática sobre as etapas do PE, desde a construção do Histórico de Enfermagem (HE), incluindo instrumentos da anamnese e exame físico, embasado nos Domínios de NANDA-I, que é norteador para os primeiros diagnósticos de enfermagem.

À medida que as discussões avançam e as etapas evoluem, aplica-se a mesma técnica em outras unidades do hospital, tendo em vista que cada setor possui características distintas perfazendo a riqueza das discussões. Para inserção de uma nova unidade, inicia-se pela atividade de reflexão, apresentação dos novos membros definidos pela unidade a ser perscrutada e se utilizam técnicas para instigar e construir discussões e reflexões dos conceitos anteriormente citados frente ao usuário. Diante dessas concepções, realiza-se uma interface com a teoria e a prática, pois ambas convergem, assumindo uma cumplicidade no campo da aprendizagem[20], quebrando o paradoxo dicotômico entre essa dissociabilidade.

A elaboração dos diagnósticos exige pensamento crítico e tomada de decisão. O conceito de diagnóstico envolve julgamento das respostas do indivíduo, da família ou comunidade aos problemas de saúde, que podem ser reais ou potenciais, assumindo uma interpretação científica dos dados apurados, utilizados para nortear o planejamento, a implementação e a avaliação de enfermagem.[18]

Os componentes dos diagnósticos de enfermagem definirão se ele será de risco, com foco no problema, de bem-estar, ou de promoção à saúde. O

diagnóstico com foco no problema é utilizado com mais frequência, composto por um título fornecido pela NANDA-I. As características definidoras são indicadores/inferências observáveis no paciente através dos sinais e sintomas e, consequentemente, quanto mais características definidoras, mais acurado o diagnóstico. Os fatores relacionados são a etiologia, o que pode influenciar ou potencializar o diagnóstico, auxiliando na seleção das intervenções.

A versão NANDA-I 2018-2020 apresenta duas novas categorias: “população de risco” e “condições associadas”. A primeira refere-se a grupos de indivíduos que se tornam suscetíveis a respostas humanas em consequência de determinadas características compartilhadas; as condições associadas estão relacionadas a diagnósticos médicos, procedimentos, lesões e demais contextos que não são modificáveis pela enfermagem.[4]

O HE considera os sinais e sintomas, identifica fenômenos de saúde e reflete as respostas aos acontecimentos a partir dos diagnósticos. Durante sua estruturação, se estabelecem debates entre os presentes abordando os desafios da relação interpessoal no âmbito da unidade em questão e suas particularidades. E, a partir disso, se constrói o instrumento para ser aplicado ao usuário daquela unidade, reconhecendo a sua utilidade real, considerando a família (informante), como ferramenta importantíssima para tal.

No histórico, ao abordar o exame físico, deve-se considerar as condições globais dos usuários, utilizando-se os métodos propedêuticos, os quais exigem conhecimentos do profissional quanto aos limites de normalidades e anormalidades. A partir dessa observação, os elementos essenciais apresentados pelos indivíduos são registrados no prontuário do usuário, abrangendo tanto os aspectos biológicos, sociais, espirituais, emocionais e ambientais. Somente com um exame físico acurado, é possível a utilização correta do SLP.[21]

A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) pode ser definida como diversos instrumentos de avaliação desenvolvidos para mensurar os resultados dos sistemas de oferecimento de cuidado de saúde e consiste na classificação desses resultados de enfermagem, visando avaliar os efeitos das intervenções[6]. Cabe destacarão o fato de que esse instrumento serve para mensuração da qualidade do serviço. Pelo fato de a NOC utilizar-se da escala de Likert para sua classificação, é de entendimento da COMPEnf que esses resultados podem tornar-se subjetivos. Nesse aspecto, seus membros

vêm trabalhando para estabelecer parâmetros a fim de definir a pontuação da escala, através de estudos com os acadêmicos.

O estabelecimento da Intervenção de Enfermagem (NIC), cuja finalidade é propor as intervenções ao usuário, tem se apresentado como a parte mais morosa da construção, pois seus domínios não são interligados com os da NANDA-I. E isso torna o processo mais paulatino, lembrando que a intervenção deve dar conta dos fatores selecionados e, caso não seja bem sucessiva, deve-se tratar os sinais e sintomas apresentados.

A junção do Histórico, NANDA-I, NIC e NOC ocorrem em conjunto com todos os profissionais nas rodas de conversa, pois o método adotado pela COMPEnf para a estruturação do PE, após a sensibilização dos conceitos, é construir os diagnósticos de enfermagem para depois redigir o histórico a partir do perfil diagnóstico mais presente naquela unidade. Na sequência, são construídos os Resultados de Enfermagem (RE) e Intervenções de Enfermagem (IE). Todas as etapas permanecem em um fluxo de revisão contínua e remodelagem de acordo com aplicabilidade e atualizações.

Dessa forma, após o encontro inicial de reflexão, sensibilização e norteamento sobre SAE e PE, os próximos encontros são direcionados para construção das etapas do processo. Desse modo, o primeiro passo é elencar os diagnósticos de enfermagem; para isso, o grande grupo divide-se em pequenos grupos, mantendo em sua composição a presença de professores, enfermeiros e acadêmico de enfermagem para a manipulação do SLP. Com essa composição, acredita-se que seja possível miscigenar os saberes e fortalecer o conhecimento.

Nestes pequenos grupos, a metodologia organizacional é utilizada da seguinte forma para a divisão do estudo dos domínios na NANDA-I: grupo 1 (Domínios 1, 2, 3 e 4); grupo 2 (domínios 5, 6, 7, 8 e 9); grupo 3 (domínios 9, 10, 11, 12 e 13). É responsabilidade de cada grupo estudar todos os diagnósticos existentes nos seus respectivos domínios e elencar quais deles possuem o perfil clínico adequado para o setor que está sendo trabalhado.

Finalizada a definição dos diagnósticos de enfermagem que seriam utilizados pela unidade, inicia-se a construção do histórico de enfermagem. Esse instrumento apresenta-se voltado aos domínios de NANDA-I, onde os primeiros questionamentos focam em promoção da saúde, segurança e proteção, por exemplo. Desse modo, o enfermeiro consegue ter um norte

sobre em qual domínio procurar por diagnósticos que possam solucionar os problemas potenciais evidenciados logo na coleta de dados, trazendo maior praticidade na execução do processo.

Ao concluir essas duas etapas iniciais, os encontros são direcionados à construção dos resultados de enfermagem (RE) alinhados aos diagnósticos inicialmente selecionados. São formados novamente os grupos, que avaliarão quais RE são capazes de atender aos DE elencados. Nesse momento, os grupos procuram pelos resultados de enfermagem apresentados em NOC para cada um dos diagnósticos de enfermagem definidos na primeira etapa e destacam os indicadores capazes de fornecer uma avaliação efetiva das ações de enfermagem para a resolução do DE.

A seleção das intervenções e das prescrições de enfermagem em NIC acontece logo após a definição de todos os RE. A organização é feita da mesma forma como se definem os RE. Os grupos avaliam cada intervenção de enfermagem e suas respectivas atividades apresentadas pela NIC para cada um dos DE e modificam as prescrições conforme necessário, procurando adaptá-las à realidade da unidade e da instituição.

Cada etapa concluída nos encontros é colocada em prática no serviço. Essa dinâmica garante que os profissionais avaliem se o que foi produzido é passível de ser executado na unidade e permite que no próximo encontro sejam apontadas sugestões de melhoria, modificações e exclusões. Ou seja, os encontros nunca acabam e as revisões são realizadas sempre que necessárias. Além disso, essa ação de revisar o conteúdo produzido e trazer discussões construtivas sobre elas permite que os novos profissionais inseridos à equipe possam engajar-se na construção do processo, fazendo com que a rotatividade de funcionários não seja um empecilho na sua execução.

Cabe salientar que, nos primeiros encontros realizados com UTI e Oncologia, estavam convidados também técnicos de enfermagem para fazer parte das rodas de conversa, porém eles não se sentiram à vontade em debater os temas propostos, informando não atender a demanda. Dessa forma, a participação dos técnicos não foi mantida, o que foi considerado uma perda, porém se entendeu que se deveria estruturar uma nova proposta futura de participação para os profissionais de nível médio. Portanto, e a COMPEnf acatou a decisão dos enfermeiros e, na aplicabilidade do processo, não se observou dificuldades.

Construção da matriz assistencial

A incorporação do SLP na prática profissional diária tem como base os elementos prioritários elencados nas rodas de conversas, oriundo da abordagem NANDA-I, NIC, NOC (NNN). Para tanto, fez-se necessária a construção, com IES e ALVF, de documentos norteadores, contemplando a interligação NNN, através de planilhas no sistema Office Calc, que passou a ser denominada Matriz Assistencial NNN. Do mesmo modo, foi necessária a elaboração do formulário de Processo de Enfermagem no sistema Office Writer, possibilitando estabelecer o planejamento da assistência de enfermagem a partir da interligação do SLP.

Durante a construção da matriz assistencial (MA) para a execução do processo de enfermagem, ela foi considerada uma ferramenta utilizada para coletar e dispor dados, uma vez que auxilia na tomada de decisões nos mais diversos ambientes empresariais ou não[22]. Assim, foi necessário organizá-la de modo que a leitura e a interpretação fossem de fácil compreensão e manuseio aos profissionais que a utilizariam, tendo a importância da uniformização das condutas em saúde com fundamentação científica como percussor para o início de sua criação, percebendo a matriz assistencial como uma estratégia para que isso aconteça.[23]

A sua construção deu-se a partir de encontros divididos por execução de etapas de produção.

Figura 1 - Construção da matriz para a implantação e implementação do Processo de Enfermagem

Encontros com enfermeiras do setor de radioterapia para caracterização clínica dos pacientes em tratamento → Encontros com enfermeiras do setor de radioterapia para seleção do perfil dos DE → Pré-seleção de resultados e indicadores NOC para os diagnósticos selecionados ↓

Análise da ligação dos DE NANDA I com os resultados e indicadores NOC → Seleção de resultados e indicadores NOC → Tabulação dos DE NANDA I com os resultados e indicadores NOC ↓

Revisão dos DE NANDA I com os resultados NOC e indicadores → Pré-seleção de intervenções e atividades NIC ligadas aos DE NANDA I → Análise da ligação entre DE NANDA I, resultados NOC e intervenções NIC ↓

Seleção das Intervenções NIC e suas atividades → Revisão das ligações dos DE NANDA I, Resultados NOC e indicadores, Intervenções NIC e atividades → Tabulação dos dados ↓

Revisão dos dados pelas orientadoras → Construção da matriz assistencial para pacientes em tratamento radioterápico com base nos Sistemas de Linguagens Padronizadas em enfermagem NANDA I, NIC e NOC.

Fonte: Vicari, Argenta, Adamy (2017).

A organização da matriz é feita por domínios de NANDA-I, em que cada tabela da planilha corresponde a um domínio. Em cada domínio haverá a ligação NANDA -I, NIC e NOC de cada DE inicialmente selecionado pelos

grupos, articulada em três colunas: uma coluna de cor azul para o DE; outra, de cor laranja para o RE; e uma de cor verde para a IE. Na coluna do DE, abaixo do título estarão apresentados sua definição, características definidoras, fatores relacionados ou fator de risco. Na segunda coluna, de RE, será apresentada a definição de NOC, título do RE e indicadores avaliados através de um espaço destinado à escala likert. Na terceira coluna, de IE, apresenta-se o título da intervenção, sua definição e as atividades a serem prescritas.[8]

Como se trata de uma matriz, em que os dados podem ser dispostos e coletados, o enfermeiro avaliará quais características definidoras, fatores relacionados ou de risco, quais resultados e indicadores e quais intervenções e prescrições são adequadas ao seu paciente. Ou seja, a matriz serve como um auxílio, com sugestões a serem selecionadas, não sendo obrigatório o uso de tudo que está disposto nela, garantindo a autonomia da prática profissional. Ao final, o enfermeiro concretiza a ação relacionando essas três etapas do PE através do raciocínio clínico e da prática baseada em evidências, de forma padronizada e com a garantia de maior cientificidade em suas ações.

O envolvimento dos profissionais durante o processo de criação da MA garante que a execução do processo aconteça, por ser uma etapa de aprendizagem contínua e em conjunto, resultando inclusive em adaptações na MA, sempre em busca da sua aplicabilidade na prática.

Em comum acordo com os envolvidos no processo, optou-se em manter a MA NNN salva em pasta com livre acesso dos profissionais aos computadores de uso comum. O formulário de PE também permanece armazenado no computador da unidade e diariamente é atualizado pelo enfermeiro, com base na avaliação do paciente.

A partir dessa avaliação, o enfermeiro avalia os RE e indicadores obtidos de NOC e reavalia os DE elencados. Se necessário, faz alterações, bem como novas intervenções, realiza o aprazamento e a impressão do formulário, deixando anexado no prontuário para a equipe de enfermagem implementar e checar as intervenções prescritas.

Após a consolidação do SLP e a estruturação dos elementos na MA NNN e do formulário de PE, realizou-se a sensibilização das equipes com objetivo de informar as mudanças ocorridas. A metodologia modificada a ser implementada foi apreciada por todos os envolvidos e pela direção de enfermagem, que conferiu apoio e providências necessárias para a

consolidação do PE na instituição. Cabe ressaltar que as intervenções de sensibilização e incorporação foram ocorrendo gradativamente com os enfermeiros em suas equipes.

Nas rodas de conversa, as unidades que estão com o PE em implementação, em fases diferentes no desenvolvimento, realizam ajustes conforme a necessidade, elencadas principalmente pela equipe de enfermagem às etapas já construídas.

Por consequência, a reavaliação do PE com a observação da viabilidade das interligações NNN estabelecidas previamente na matriz ocorre de forma contínua, bem como o empoderamento dos profissionais na acurácia para o refinamento dos três elementos – diagnóstico, intervenção e resultados –, os quais constituem um modo de fazer e um modo de pensar a prática da enfermagem.

Considerações finais

Compreende-se que a articulação do serviço e as IES foram os propulsores para o fortalecimento da implantação e implementação do PE na instituição. Considera-se que a metodologia adotada pela COMPEnf durante as rodas de conversa e a construção das matrizes fortaleceram tanto a percepção dos enfermeiros quanto professores e acadêmicos no que diz respeito à aplicabilidade prática do PE, instigando um olhar para além dos conceitos, ou seja, para a busca de soluções concretas com foco na resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes emanados pelo SLP.

Há muito ainda a ser feito, tanto no cumprimento das metas de cobertura de todos os setores e unidades da ALVF, como na capacitação dos profissionais e produção de conhecimento na área. Porém, o grupo de trabalho rompeu as dificuldades logísticas, de falta de envolvimento dos profissionais e de tecnologia apropriada, demonstrando que o objetivo maior, ao ser liderado por esforços mútuos, sobrepõe-se aos obstáculos.

Referências

1. Trindade LR, Silveira A, Ferreira AM, Ferreira GL. Compreensão do processo de enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. Revista de Enfermagem da UFSM. 2015; 5(2):267-277.

2. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Asurabarrena-Iraola C. Implementação do processo de enfermagem em uma área da saúde: modelos e estruturas de avaliação utilizados. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2014; 22(5):772-7.

3. Horta, WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

4. Herdman TH; Kamitsuru S. Diagnóstico de enfermagem da NANDA I-. Definições e classificações 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

5. Butcher HK, Bulechek GM, Docheterman JM, Wagner CW. Nursing interventions classifications (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

6. Moorhead S, Johnson M, Maas Meridean LM, Swanson E. Classificação dos Resultados em Enfermagem: mensuração dos resuktados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

7. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

8. Vicari G, Argenta C, Adamy EK. Construção de protocolo assistencial para pacientes em tratamento radioterápico com base nos sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem NANDA-I, NIC E NOC. Chapecó: Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), 2017. (Não disponível eletronicamente).

9. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman T H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013; 66: p.134-141.

10. Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzarini DD, Oliveira SN, Canever BP. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2015; 19(2):252-258.

11. Adamy, EK et al. Integração ensino-serviço: estratégia para a consolidação do processo de enfermagem. In: Carine Vendruscolo et al. (org.). Frutos dos movimentos da educação permanente em Santa Catarina: caminhos de oportunidades. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. p. 01.

12. Martino MMF, Fogaça LF, Costa PCP, Toledo VP. Análise da aplicação do processo de enfermagem em um hospital governamental. Revista de Enfermagem da UFPE. 2014; 8(5):1247-53.

13. Silva FR, Prado PF, Carneiro JA, Costa FM. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades e potencialidades. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. 2014; 12(2):580-590.

14. Libreoffice Calc. Versão 6.0.1. [S.I.]: The Document Foundation. 2018. Disponível em: https://pt-br.libreoffice.org/.

15. Libreoffice Writer. Versão 6.0.1. [S.I.]: The Document Foundation. 2018. Disponível em: https://pt-br.libreoffice.org/.

16. Pissaia LF et al. Impacto de tecnologias na implementação da sistematização da assistência de enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. 2018; 8(1): 1-9.

17. Melo RHV et al. Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. Revista Brasileira de Educação Médica. 2016; 40(2):301-309.

18. Bousso RS, Poles K, Cruz DALM. Conceitos e Teorias na Enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014; 48(1):141-145.

19. Siewert JS, Rodrigues DB, Malfussi LBH, Andrade SR, Erdmann AL. Gestão do Cuidado Integral em Enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. Revista Mineira de Enfermagem. 2017; 1021-1047.

20. Santos RS; Frison Marli DF. Considerações sobre a dicotomia entre teoria e prática na mediação dos saberes docentes durante o processo formativo de professores de Ciências Naturais. Revista Didática Sistêmica. 2014; 16(2):15-29.

21. Silva CC, Valente GSC, Garcez VM, Saboia ER. O exame físico e o processo de enfermagem: para além do dualismo entre teoria e prática. Revista de Enfermagem da UFPE. 2014; 8(1):2281-6.

22. Pestana MD, Veras GP, Ferreira MTM, Silva AR. Aplicação integrada da matriz GUT e da matriz da qualidade em uma empresa de consultoria ambiental. Um estudo de caso para elaboração de propostas de melhorias. XXXVI Encontro Nacional de Engenharia de Producão Contribuições da Engenharia de Produção para Melhores Práticas de Gestão e Modernização do Brasil, João Pessoa-PB. Brasil: Abepro; 2016: 1-18.

23. Maia, ET. Mapeamento de competências de profissionais de radioterapia em hospitais do SUS. [Dissertação Mestrado Profissional em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2015.

Capítulo 5 - O processo de enfermagem como melhor prática na interface com a segurança do paciente

Aline Massaroli, Carine Vendrúscolo, Jussara Gue Martini, Angela Maria Alvarez, Fabiane Ferraz, Andressa Reginatto Percisi

Introdução

Este capítulo convida os enfermeiros, na qualidade de profissionais da saúde, gestores, acadêmicos e docentes, à reflexão sobre o Processo de Enfermagem (PE) e a aproximação dessa ferramenta com o conceito de melhores práticas para o cuidado, na interface com o movimento de segurança do paciente. Convida o leitor a lançar o olhar para uma práxis fundamentada na experiência, na ciência, sem perder de vista as necessidades e preferências do paciente, em meio ao contexto cultural da sua família e comunidade. Em um primeiro momento, descreve alguns aspectos históricos e conceituais sobre o construto teórico de melhores práticas, na perspectiva da enfermagem, especialmente, no cenário brasileiro. Em seguida, aborda as questões relacionadas à segurança do paciente como uma prática centrada na bioética e o PE como uma tecnologia de cuidado que contribui para qualificar a práxis do cuidado, configurando-se, assim, como melhor prática.

Resgate histórico conceitual sobre a evolução do cuidado à luz da práxis de enfermagem

Na Grécia antiga, o conceito *techné* (atividade humana fundamentada em um saber), significava um conhecimento associado a uma forma de *poiésis*

(criação/ação), a qual pode ser compreendida como práxis no momento em que há uma unidade entre teoria e prática, quando a última se revela teoricamente e pode transformar a realidade por meio da ação.[1] Ao explicar os saberes e a práxis em enfermagem, autoras defendem que “os saberes são incorporados no desenvolvimento das técnicas e que estas se constituem saber prático que viabiliza construção e utilização de instrumentos que possibilitam o desenvolvimento de procedimentos e ações que permitem operacionalizar uma atividade prática”.[2] Esses conceitos são importantes para reconhecer a práxis do enfermeiro, numa alusão à possibilidade de agir a partir da reflexão, a fim de transformar a ação anterior, logo, promover mudanças. Neste capítulo assumiremos o PE como uma tecnologia de cuidado que contribui para a práxis e converge para a qualificação do cuidado voltado à segurança do paciente.

O enfermeiro tem sido reconhecido como profissional líder nos diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde, pelas habilidades de articulador entre os níveis assistenciais, pela proximidade com o paciente e sua família, na direção do cuidado integral e longitudinal e pela permanência 24 horas junto aos pacientes hospitalizados. Cuidar, educar, pesquisar e gerenciar são atributos da profissão, exigindo que o profissional tenha domínio de conhecimentos, a fim de exercer suas atividades.[3] Essas habilidades e condutas têm suas raízes nos primórdios da enfermagem, embora suas origens tenham a influência de dois modelos da medicina: a clínica e a epidemiologia. Subordinada a esse conhecimento médico, uma das primeiras manifestações organizadas e sistematizadas da enfermagem foi construída mediante técnicas. Essa estrutura do saber da enfermagem ganhou outra tônica com o surgimento da pós-graduação *stricto sensu* e as possibilidades tecnológicas que se aproximaram da mera *techné*[4].

Com a busca e utilização de evidências científicas para fundamentar a prática de enfermagem, os caminhos de construção da profissão assumem novos rumos, de ordem política e social, os quais impulsionam o conhecimento científico e, por conseguinte, a qualidade do cuidado, como núcleo do saber da profissão. Proporcionar cuidados de alta qualidade com base em conhecimentos científicos, em substituição ao modelo centrado no empirismo e nas tradições, as quais predominaram até a década de 1950, ou mesmo, em manuais desatualizados, são princípios que potencializam a assistência ética e respeitosa, garantindo a segurança do paciente nos serviços de saúde[5].

O desenvolvimento da segurança do paciente como um movimento mundial relacionado ao cuidado à saúde tem se apresentado como uma tendência que compõe os princípios éticos basilares que devem orientar o fazer profissional de trabalhadores e estudantes da área da saúde.[6] Apesar da segurança do paciente ser reconhecida como uma dimensão da qualidade da assistência em saúde desde os anos 1970/1980, foi somente a partir dos anos 2000, com a publicação do relatório "Errar é Humano", que esse tema passou a integrar os debates prioritários da saúde mundial, assumido e impulsionado por ações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os princípios para a segurança do paciente devem permear e ser incorporados aos instrumentos e tecnologias desenvolvidas com vistas à melhoria contínua das práticas e da assistência à saúde[7], ao considerar-se a realidade singular de cada serviço de saúde e comunidade. Nesse movimento é que instrumentos e tecnologias específicas da profissão, em particular o PE, favorecem o cuidado à saúde das pessoas por meio da potencialização de "melhores práticas", com capacidade de contribuir para a promoção da segurança e favorecer o desenvolvimento de um serviço de saúde que seja integral, resolutivo, eficiente e eficaz, preconizados como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cumpre destacar que a configuração do SUS no Brasil conflui para a lógica do cuidado integral do ser humano, levando em consideração valores éticos universais, o contexto social e cultural do ser humano e a manutenção da convivência e garantia de benefícios individuais e coletivos, mediante critérios de qualidade de vida. Nessa direção, o cuidado de enfermagem ocorre em todos os pontos das redes de atenção à saúde e é voltado à orientação familiar e comunitária, atendendo aos atributos da Atenção Primária à Saúde, a partir dos quais a cultura dos indivíduos e das coletividades ganha importância singular.

O SUS precisa atender às necessidades da população de um país com grande território e complexidade significativa devido às diferenças quanto ao território, à cultura e às necessidades. O trabalho da enfermagem, nesse contexto, considerando a sua evolução, como pontuado anteriormente, ainda é permeado por um modelo biomédico que limita a criatividade, advinda das experiências cotidianas e habilidades próprias da profissão, as quais levam em conta a ética, a estética, a responsabilidade e a humanização.[8]

Com este capítulo, objetiva-se que o leitor seja capaz de: (1) compreender como o Processo de Enfermagem tem conquistado *status* de inovação para uma práxis de enfermagem sistematizada, reconhecendo-o como uma tecnologia promotora de melhores práticas; compreender como o Processo de Enfermagem se aproxima e contribui para a consolidação das prerrogativas da segurança do paciente; refletir sobre como o processo de trabalho desenvolvido pela COMPENF3 se articula com os conceitos e pressupostos das melhores práticas e da segurança do paciente.

Concepções sobre as "melhores práticas" de enfermagem

Florence Nightingale, no século XIX, foi a primeira enfermeira a demonstrar preocupações teóricas em relação às ações da enfermagem como profissão. Logo, mesmo sem um conceito específico, demonstrou que o cuidado deveria ser baseado em boas práticas, pois "idealizou uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, tendo por objetivo edificá-la sob um arcabouço de conhecimentos científicos diferentes do modelo biomédico".[9]

Ao longo do século XX, a enfermagem em nível mundial foi conquistando cientificidade. Entre as décadas de 1950 e 1970, enfermeiras norte-americanas – Callista Roy, Dorothea Orem, Imogene King, Madeleine Leininger, Hildegard Elizabeth Peplau e Jean Watson – foram as primeiras a defender teses de doutorado das quais emergiram diferentes teorias de enfermagem e, a partir delas ações de enfermagem puderam ser estruturadas com base em processos científicos. No Brasil, a primeira enfermeira a construir uma teoria foi Wanda de Aguiar Horta, em 1979.[9]

Em meados da década de 1970, na Inglaterra, emerge o conceito de Prática Baseada em Evidência (PBE), pelo Dr. Archie Cochrane, que escreve um livro questionando a eficácia das práticas médicas não baseadas em evidências, tendo como propósito diminuir a lacuna entre pesquisa e prática. No âmbito da enfermagem, a PBE consiste em um método para resolução de problemas a partir da decisão que incorpora uma pesquisa sobre a melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do paciente no contexto do cuidar.[10]

Na discussão sobre a PBE em enfermagem, destaca-se que “a prática é o fenômeno central e essencial e o foco central da enfermagem; é possível que seja a razão de sua existência.”[11] As autoras, em contraponto com o conceito que prevê apenas estudos randomizados, defendem a importância da evidência baseada na prática (EBP). Essa prática, além de ser baseada em evidências, deve fundamentar-se também nas teorias de enfermagem, pois quanto mais forem utilizadas, mais evidências poderão oferecer ao apoio à prática em enfermagem.[1,11]

A “boa prática” ou “melhor prática” é uma expressão derivada do inglês “*best practice*” e, considerando as bases da pesquisa científica, consiste naquela prática decorrente da melhor técnica baseada em evidência identificada, para executar determinada ação. Esse conceito abrange um conjunto de medidas que devem ser tomadas pelos profissionais a fim de garantir a qualidade e a conformidade das ações com os regulamentos técnicos.[12]

As melhores práticas, para fins destas reflexões, são, portanto, aquelas definidas como técnicas ou metodologias que, por meio da experiência ou da investigação, possuem confiabilidade comprovada para produzir um bom resultado. No âmbito dos programas e serviços de saúde, a definição de “melhores práticas” tem a ver com o conhecimento sobre o que funciona em situações e contextos específicos, sem a utilização desmedida de recursos para atingir os resultados desejados, podendo ser utilizado para desenvolver e implementar soluções adaptadas a problemas de saúde semelhantes em outras situações ou contextos.[13] Logo, relaciona-se à atuação de toda equipe de enfermagem (liderada pelo enfermeiro), bem como pode englobar os demais profissionais da saúde e áreas afins que trabalham em prol do cuidado integral do paciente e da família.

É importante compreender que o uso da palavra “melhor”, quando se refere a programas e projetos, como os relacionados à segurança do paciente, não está vinculado apenas ao “padrão ouro”, ou faz referência somente a elementos que permitam descrever intervenções que “tiveram sucesso”. A melhor prática4 consiste em documentar e aplicar lições aprendidas sobre aquilo que também não funciona e por que não funciona, para que se possam evitar, no futuro, equívocos já cometidos por outros programas e projetos.[13] Cumpre refletir, entretanto, sobre a necessidade de prestar atenção nas potencialidades das práticas que são efetivas e tomar

cuidado para não focar somente nos erros cometidos, construindo ações que se aprimorem ao longo do tempo.

No Brasil, a PBE vem sendo incorporada gradativamente e pode orientar o enfermeiro para optar por uma prática mais adequada ou melhor, em um determinado contexto. A dificuldade vivenciada pela enfermagem brasileira em implementar PBE, estrutura-se em vários elementos, entre eles o fato de a maior parte dos estabelecimentos de saúde ainda não possuírem a estrutura necessária, que possibilite garantir as “boas práticas” de enfermagem, preconizadas teoricamente, ou seja, aquelas aprendidas na academia. Entre as principais dificuldades para assegurar boas práticas, podemos destacar: o dimensionamento de profissionais, que, em muitos locais, não está adequado às normas exigidas pelo conselho de classe da profissão; a frágil qualificação profissional, aliada ao fato de os serviços de saúde não assumirem a educação permanente em saúde como uma política institucional;[1],[14] e, ainda, o limitado número de profissionais de apoio aos serviços de saúde, fato que gera funções extras aos profissionais de enfermagem, limitando o cuidado direto ao paciente.

O tema da segurança do paciente insere-se neste contexto, na medida em que busca fundamentação para a prática, a partir das evidências científicas que indicam as melhores possibilidades para um cuidado mais seguro e com os menores riscos ao paciente e à comunidade. Esse processo pode ser potencializado pelo PE, que garante uma sistematização das ações da enfermagem, a partir de um cuidado que considere a individualidade de cada ser, adapte as condutas à necessidade e realidade singular do paciente, da família e da comunidade e contemple a minimização dos riscos envolvidos nesse processo de cuidar.

A preocupação dos enfermeiros em garantir segurança na prática assistencial de enfermagem é evidenciada em diversos estudos, destacando-se a adoção de melhores práticas com vistas às mudanças individuais, coletivas e organizacionais, o aumento da credibilidade da prática de enfermagem e a capacidade de construir iniciativas. Tais medidas implicam benefícios potenciais, como a minimização dos riscos nas práticas de saúde e a segurança clínica do paciente.[16]

Processo de enfermagem: uma tecnologia promotora de “melhores práticas”

Nos últimos 60 anos, o encontro de técnicas e princípios científicos na enfermagem mundial mobilizou autonomia e promoveu visibilidade à profissão, que incorporou marcos teórico-filosóficos ao seu saber. No Brasil, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas[17], formulada por Wanda de Aguiar Horta, em 1979, na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, despertou enfermeiras a direcionar sua atenção à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), organizada a partir do PE, que considera bases científicas em sua estrutura9. Assim, a práxis na Enfermagem ocorre, efetivamente, por meio do desenvolvimento do PE na tomada de decisão clínica. A SAE foi normatizada pelo Conselho Federal de Enfermagem em 2009, por meio da implantação do PE em cinco etapas.[18]

A SAE implica organizar as ações de enfermagem em um sistema que pressupõe um conjunto de atividades e estruturas articuladamente relacionadas, embasadas em conhecimento científico da área para o alcance do melhor cuidado possível ao paciente e à família. É importante compreender que existem diferentes modos de sistematizar a assistência de enfermagem, sendo que tais formas não são excludentes e possuem naturezas distintas.[19]

O PE é o modo mais reconhecido para sistematizar a assistência da enfermagem, visto que "é um método utilizado para se incorporar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem. Após a escolha da teoria de enfermagem, torna-se necessária a utilização de um método científico para que os conceitos da teoria sejam implantados na prática".[9] Pode-se afirmar que o desenvolvimento do PE aporta valorização científica e filosófica para o cuidado de enfermagem, dando um sentido pautado em referenciais teóricos, fomentando novos conhecimentos ao aperfeiçoamento da profissão. Reveste-se, assim, de vital importância para a enfermagem refletir a respeito dos conceitos e concepções intrínsecos aos cuidados prestados, exercendo o melhor alinhamento teórico a sua prática cotidiana.

A SAE também pode ocorrer por meio de outras tecnologias, como os planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos, os quais devem ser articulados ao PE. Logo, há diferentes modos de organizar a assistência e, por isso, é possível utilizar diversos métodos para tornar a atuação profissional mais resolutiva para a saúde da pessoa cuidada. Contudo, as "diferentes formas de sistematização da assistência pressupõem a organização das condições, dos recursos materiais e humanos além da

competência técnico-legal e valorização dada à sua contribuição, seja pela instituição, seja pelo profissional”.[19]

Conforme discutido, realizar o cuidado a partir das prerrogativas de “melhores práticas” configura-se como uma ferramenta útil para a enfermagem, quer seja na gestão ou no cuidado assistencial realizado nos mais diversos pontos de atenção da rede. Como possibilidade de desenvolver melhores práticas, o PE e a Consulta de Enfermagem constituem-se instrumentos de trabalho que direcionam a SAE nas ações individuais e coletivas do cuidado, nos diversos ciclos da vida (criança, adolescente, mulher, adulto, idoso), tanto na Atenção Primária à Saúde, quanto em nível ambulatorial e hospitalar. E, da mesma forma, em cuidados domiciliares, em ações de educação em saúde, entre outros cenários de produção do cuidado de enfermagem.

No processo de trabalho de enfermagem, a busca e uso de evidências científicas para promoção da segurança do paciente visam “práticas inovadoras de enfermagem, com vistas a sustentar as ações e as relações do profissional no sistema de saúde, bem como, demonstrar o impacto de tais ações nos resultados do sistema”.[14] No entanto, considerando as prerrogativas da PBE no Brasil, o contexto assistencial em que a maioria dos enfermeiros atua inviabiliza que eles centralizem suas ações em evidências científicas. Por vezes, os enfermeiros não conseguem realizar cuidados diretos ao paciente e/ou aos familiares ou supervisionar de modo eficiente os cuidados prestados por técnicos e auxiliares de enfermagem. Eles passam o turno de trabalho corrigindo falhas no sistema em diferentes setores da instituição que não realizam suas ações com qualidade e prejudicam o paciente. Logo, em vários locais os enfermeiros, efetivamente, não realizam o PE com o nível de competência ético-profissional necessária, o que, por consequência, limita a incorporação de boas práticas no espaço de atuação.[14]

Como instrumento orientador do julgamento clínico e tomada de decisão para diagnóstico, intervenção e avaliação do resultado de enfermagem, o PE prescinde da PBE, cada vez mais presente na busca de ações cuidadoras mais resolutivas e qualificadas.[20] O PE envolve uma sequência de etapas específicas, as quais têm como finalidade promover a obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde, identificação das condições que requerem intervenções de enfermagem, planejamento das intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações, garantindoa

prestação de atendimento de enfermagem qualificado e embasado em método científico, em teorias do campo da enfermagem e, se necessário, externas a ela.[19] Destaca-se a necessidade de ancorar as etapas de diagnóstico de enfermagem, intervenções e resultados de enfermagem aos Sistemas de Linguagens Padronizadas, que são nomenclaturas validadas e reconhecidas no âmbito internacional, e dessa forma, corroboram a cientificidade do fazer da enfermagem.

Especificamente, para orientar o trabalho dos profissionais da enfermagem, a maioria dos serviços no Brasil estrutura o PE embasado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas,[17] de modo a efetivar a práxis, por meio da reflexão sobre a prática do cuidado. Nessa perspectiva, o PE é organizado em cinco etapas, as quais possibilitam ao enfermeiro: a coleta de informações, a organização do raciocínio clínico e da tomada de decisão ao definir o diagnóstico de enfermagem, a determinação dos resultados esperados e das intervenções necessárias ao cuidado (prescrição de enfermagem), considerando as necessidades de saúde identificadas no paciente, na família e comunidade, e a implementação e avaliação dos cuidados prescritos. Contudo, Bub e Benedet, ainda em 1996, destacam em seus estudos que, embora estejam divididas didaticamente, essas etapas não podem ocorrer de maneira isolada ou linear; ao contrário, para o PE ser efetivo, essas etapas devem estar inter-relacionadas e ocorrer de modo concomitante.[9] Considera-se que, com tais procedimentos, torna-se possível qualificar o cuidado de enfermagem, com base em evidências, na direção da integralidade e das melhores práticas possíveis.

Contribuições do processo de enfermagem para a segurança do paciente

Os riscos relacionados aos cuidados em saúde estão presentes na sociedade desde o início da história da medicina, quando os registros de Hipócrates mencionavam a preocupação de não causar danos a partir dos cuidados que seriam oferecidos às pessoas com o intuito de tratar as enfermidades.[21] Apesar de este relato datar de antes de Cristo, o segundo acontecimento na história do desenvolvimento dos cuidados em saúde que se remete a preocupação de reduzir os riscos aos quais os pacientes estavam expostos enquanto recebiam assistência à saúde foram os achados de

Semmelweis, por volta dos anos 1850, quando observou o decréscimo da mortalidade materna na instituição em que atuava como médico obstetra, por meio da implementação da higiene das mãos entre o atendimento realizado aos pacientes e após os residentes de medicina saírem da sala de necropsia.[22]

Posteriormente, por volta de 1880, registram-se as contribuições de Florence Nightingale, ao instituir a separação dos feridos na guerra por gravidade da condição de saúde, a manutenção de um ambiente limpo e arejado e os cuidados higiênicos no preparo da alimentação às pessoas que recebiam cuidados para recuperar a saúde. Essas ações foram primordiais ao avanço das práticas de assistência à saúde, bem como para reduzir o número de óbitos dos enfermos.[21]

Todos esses conhecimentos influenciam as ações dos serviços de saúde até os dias atuais, contudo, naquela época, ainda não se conheciam os conceitos de PBE ou de melhores práticas. Ainda assim, identificam-se nas ações de Semmelweis e Florence instrumentos de observação, experimentação e investigação que proporcionaram o encontro de práticas mais seguras de assistência à saúde, as quais eram ajustadas à sua realidade, impulsionando um resultado positivo expressivo para a saúde das pessoas. A partir de tal perspectiva, pondera-se que tais ações, à luz do atual conceito de "melhores práticas", configuram-se como iniciativas ao seu encontro, considerando-se o contexto da época e as informações disponíveis. A prerrogativa de impactar estatísticas, transformar os serviços de saúde e proporcionar qualidade de vida das pessoas foi, e continua sendo, uma das preocupações da enfermagem, o que torna profícua a discussão no contexto presente.

O termo segurança tem seus primeiros registros na área da saúde nos anos de 1980, quando aparece associado às dimensões da qualidade em saúde, relacionado à capacidade dos serviços de saúde em identificar, reduzir e eliminar os riscos potenciais durante o processo de assistência à saúde, considerando os elementos relacionados às intervenções em saúde e ao ambiente.[7], [21]

No ano de 1991, ocorreu a publicação de um estudo americano evidenciando números de lesões e danos que pacientes sofriam durante o processo de internações em hospitais de Nova Iorque, denominando tais situações como eventos adversos, que indicavam a baixa qualidade assistencial dos serviços. No ano de 1999, o Instituto de Medicina

Americano publicou o relatório “Errar é Humano”. Nele afirmava-se que havia milhares de pacientes mortos em serviços de saúde como consequência de eventos adversos, que se somavam a lesões e sequelas permanentes ou a danos menores que acometiam os pacientes e aumentavam os custos do tratamento de saúde, tempo de internação, mas eram revertidos sem deixar sequelas. Outra informação destacada neste relatório foi que a maioria desses eventos adversos poderia ser evitada.[23]

Nesse contexto, a partir dos anos 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com outras organizações engajadas com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, reconheceram o problema que estava sendo evidenciado e iniciaram o movimento mundial para segurança do paciente. A primeira ação lançada pela OMS foi a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, no ano de 2004, definindo temas prioritários que as instituições de saúde deveriam desenvolver, além de compartilhar materiais de apoio para auxiliar tal processo produzido por centros colaboradores de diversos países. Os países que aceitaram essa aliança, voluntariamente, se comprometeram a desenvolver sistema de saúde com foco na segurança do paciente.[24]

A partir desse período, a segurança do paciente passa a ser denominada como “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.[25] Essa decisão envolve a exclusão da culpabilização pelo erro, mas ressalta a responsabilidade ética de todos os profissionais de saúde com as ações que visam prevenir e eliminar os riscos de falhas relacionadas aos processos de cuidado, ampliando a visão acerca do problema.

No Brasil, desde 2002, foi estruturada a Rede Sentinela, cuja adesão era voluntária pelos serviços de saúde, com o objetivo de acompanhar os eventos adversos relacionados aos produtos para a saúde e realizar a gestão de riscos nos serviços de saúde.[7] Embora houvesse a preocupação com o monitoramento dos eventos adversos e o Ministério da Saúde incentivar os serviços de saúde brasileiros para aderir às ações da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, somente em 2013 a segurança do paciente se tornou obrigatória nos serviços de saúde. Nessa ocasião, foi definida uma estrutura mínima de funcionamento por meio da Portaria 529, de 1º de abril de 2013, que determinou a criação do Programa de Segurança do Paciente e a RDC 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu ações para a segurança do paciente nos serviços de saúde.

Um estudo determinou que a incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros é estimada em aproximadamente 8%, sendo que 67% deles foram classificados como evitáveis.[26] Uma revisão sistemática estimou que a incidência mediana de eventos adversos é de 9,2% em pacientes internados, sendo 43,5% evitáveis.[27] Para almejar-se a prática de segurança dos pacientes, faz-se necessário desenvolver mecanismos que favoreçam a identificação dos riscos a que eles estão expostos e a adoção de medidas preventivas que evitem a ocorrência de eventos adversos.

A enfermagem, que tem como função o acompanhamento integral e constante dos pacientes, é essencial na prevenção dos eventos adversos, sendo o PE, como já referido em outro tópico, uma importante ferramenta para contribuir com a consolidação da segurança do paciente, bem como da cultura de segurança nos serviços de saúde. Autores destacam que o PE tem uma função social, "porque as informações trocadas entre enfermeiros e cliente/paciente são verdadeiras e relacionadas ao encaminhamento da efetivação do cuidado, influenciado pelas interações humanas entres os usuários e os profissionais de enfermagem".[28]

Os serviços dos mais variados níveis de complexidade estão buscando estratégias científicas que contribuam com a segurança do cuidado prestado aos usuários, como a utilização de protocolos e *checklists*, para realizar intervenções que possibilitem a assistência livre de danos aos pacientes, mais segura e com maior qualidade. Corroborando esse movimento, a implementação do PE, que também auxilia na cultura de segurança do paciente, é o principal aliado para organizar e sistematizar a assistência nesses locais. Ao ser implementado no serviço de saúde um plano de cuidados seguindo os pressupostos do PE, percebe-se que tal organização favorece a segurança dos pacientes, pois o profissional passa a conhecer e analisar sua história clínica, suas patologias e fragilidades, com um olhar diferenciado, identificando os riscos a que estão expostos durante a assistência e necessidades individuais, que contribuem para o fortalecimento das ações para a segurança.[29]

Considera-se a segurança um suporte para a qualidade do cuidado prestado. Trata-se do resultado de um conjunto de ações que visam à redução dos riscos evitáveis ao usuário. A assistência segura e de qualidade é de responsabilidade de todos os profissionais que realizam o cuidado direto e indireto ao paciente. Todavia, o enfermeiro, como gerente do cuidado, desenvolve suas atividades como um eixo norteador para toda a

equipe de enfermagem e por isso deve valorizar a implementação do PE em seu ambiente de trabalho, como ferramenta da enfermagem para qualificar e sistematizar a assistência à saúde. Assim, desenvolve uma função vital de identificação e controle dos riscos que podem gerar eventos adversos ao paciente.

Uma pesquisa investigou como os estudantes do curso de graduação em enfermagem percebem a relação entre o PE e a segurança do paciente e destacou a relevância da aplicabilidade do PE como forma de conhecer os riscos a que os pacientes estão expostos e, a partir desse conhecimento, implementar as ações necessárias para a segurança do paciente.[29] Os estudantes enfatizam que o desenvolvimento das etapas do PE é uma forma de se prestar um cuidado integral, individualizado, organizado e seguro, contribuindo com a qualidade do procedimento realizado, através de cuidados personalizados. O estudo supracitado também destaca que, para iniciar a utilização do PE, deve-se realizar a identificação correta do paciente e que, desde a aplicação da primeira etapa do PE (a coleta de dados), o paciente deve ser estimulado a se envolver com a própria segurança. Ademais, ressalta que, ao utilizar o PE durante o exercício profissional, o enfermeiro assegura suas ações ancoradas em um arcabouço de conhecimentos científicos que são essenciais para os resultados que se espera alcançar.

Outro estudo que analisou a contribuição da Enfermagem para a segurança do paciente no Brasil destaca que o desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem, durante a realização do PE, contribui como forma de ação positiva na segurança do paciente, pois os diagnósticos são elaborados a partir de um olhar individualizado sobre o paciente, resultando em julgamento clínico e tomada de decisão sobre suas demandas específicas, o que repercute diretamente na redução dos riscos existentes e em uma assistência focada nas necessidades da pessoa, família ou coletividade.[23]

O mesmo estudo ressalta que os registros de enfermagem realizados nos prontuários dos pacientes são considerados como ações para a segurança do paciente. Destaca-se que a Resolução 358/2009, que normatiza a implantação do PE no território nacional, descreve a obrigatoriedade de documentar o PE, influenciando a efetividade das ações propostas e da comunicação entre os profissionais de saúde. Os registros de enfermagem favorecem a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecendo

respaldo legal aos profissionais e, consequentemente, trazendo informações que poderão conduzir os resultados da assistência prestada. Em contrapartida, o estudo revela que muitas atividades realizadas não são registradas no prontuário, o que contribui para a evidência da não realização da ação perante a equipe multidisciplinar.[23]

As informações registradas pela equipe de saúde são, portanto, fundamentais para que o PE possa contribuir com a segurança do paciente e alcançar melhores resultados da atenção à saúde das pessoas. Os registros de enfermagem permitem o acesso às informações sobre as intervenções de enfermagem, fornecem evidências clínicas para sustentar as decisões da enfermagem e possibilitam o acompanhamento dos resultados por todos os profissionais da equipe. Desse modo, pode-se confirmar a relação entre o acesso à informação propiciado pelo desenvolvimento do PE, os resultados obtidos e a segurança do paciente.

O PE precisa oferecer à equipe de saúde um registro objetivo, claro e completo, de modo que os profissionais da equipe de saúde que acessem as informações possam compreender seu contexto e significado para recuperação e segurança do paciente. Os registros do PE podem assegurar a execução e a continuidade das ações de atenção à saúde necessárias. Eles viabilizam o desenvolvimento de atendimento respaldado no conhecimento e garantem a segurança do paciente. Assim, esses registros apoiam a segurança do paciente, com vistas a melhores práticas que convergem para a maior efetividade do cuidado, dando respaldo e visibilidade à enfermagem.

O processo de trabalho da compenf e os reflexos no movimento das melhores práticas e segurança do paciente

A experiência que a COMPENF tem desenvolvido no Hospital Regional do Oeste (HRO)5 para implementação e implantação do PE em todas as unidades de assistência direta ao paciente e que possuem assistência de enfermagem configura-se como uma melhor prática a partir do seu processo de desenvolvimento. Essa caracterização ocorre em razão da estrutura empregada para a construção do processo de trabalho. Isso porque, a partir dos aspectos teóricos e científicos que fundamentam o PE, faz-se uma

imersão nas taxonomias NANDA, NIC e NOC, cria-se uma planilha (denominada matriz assistencial), que sintetiza as taxonomias supracitadas, favorecendo sua utilização pelos enfermeiros do hospital.

Apesar do reduzido aporte de tecnologias duras, como aparatos de informática e *softwares*, o grupo de trabalho que lidera o desenvolvimento das atividades da COMPENF, encontrou, juntamente com os enfermeiros do hospital, alternativas viáveis para a implantação do PE na instituição, utilizando recursos mais leves, porém, não menos complexos e eficientes para o que se propõem. Destaca-se que o movimento desenvolvido por este grupo de trabalho pauta-se em preceitos éticos e científicos e fundamenta-se na realidade do serviço no qual se insere, buscando encontrar constantemente alternativas viáveis para a continuidade e melhoria do PE nesta instituição.

Frente às ações já desenvolvidas nas unidades do hospital para a consolidação do PE, obtiveram-se relatos positivos sobre aspectos que se modificaram na instituição após a implantação/implementação do PE, como o reconhecimento do trabalho da enfermagem pela equipe multiprofissional, fortalecimento do trabalho em equipe e apoio entre os colegas, busca por conhecimentos científicos que fundamentem as prescrições de enfermagem, agilidade em processos de trabalho e eficiência na auditoria financeira de contas de prontuários.

Sobre o reconhecimento do trabalho da enfermagem pela equipe multiprofissional, os profissionais de outras categorias sinalizam a eficiência do histórico de enfermagem para obtenção de informações mais detalhadas sobre a condição de vida e saúde dos pacientes. Eles enfatizam a qualidade das informações coletadas e registradas pelos enfermeiros e sua influência positiva para a definição de condutas clínicas da equipe de saúde. O desenvolvimento do PE instiga os enfermeiros a aprofundarem os seus conhecimentos científicos sobre o manejo das patologias que vivenciam no processo de cuidado nas unidades, buscando fundamentar suas ações em evidências científicas, além de tornar o cuidado mais eficaz, eficiente e seguro ao paciente. Esse movimento impacta também no trabalho em equipe, no fortalecimento da colaboração entre colegas, gerando um movimento de crescimento compartilhado e coletivo, no qual os enfermeiros se apoiam no processo de busca e compreensão de novos conhecimentos que refletem diretamente na prescrição de enfermagem (intervenções e atividades) e qualidade do cuidado.

A qualidade no processo dos registros de enfermagem, alcançada por meio da documentação de todas as etapas do PE, tem implicado maior detalhamento na coleta de dados. Isso favorece a definição das necessidades de saúde do paciente por meio do julgamento clínico atrelado aos diagnósticos de enfermagem, além da prescrição de todas as intervenções de enfermagem que devem ser desenvolvidas no processo de cuidado. Todas essas etapas têm impactado positivamente no processo de auditoria financeira dos prontuários dos pacientes. O registro eficiente de todas as ações realizadas e o detalhamento das informações clínicas favorecem ao serviço de saúde o retorno financeiro de muitos procedimentos realizados durante a assistência e que, anteriormente, por falta de documentação completa das informações, acabavam sendo contestados e o pagamento não realizado pelos convênios.

Nesse ínterim, verifica-se que o processo de trabalho desenvolvido pela COMPENF, com o intuito de implementar/implantar o PE no HRO, tem gerado resultados positivos em diversos aspectos do cuidado ofertado aos pacientes da instituição, além de fortalecer a qualidade do cuidado de enfermagem, refletindo nas ações desenvolvidas por outros profissionais da equipe de saúde. O processo constante de monitoramento desenvolvido pela COMPENF, com as coordenações de enfermagem das unidades, favorece a melhoria contínua da qualidade na instituição. Pois o processo de controle e avaliação dos registros das etapas do PE permite a identificação de fragilidades na assistência de enfermagem e de potencialidades, que são trabalhadas com vistas ao fortalecimento e à maior qualidade da assistência ao paciente.

Frente a esse cenário, considera-se que o movimento de implantação do PE no HRO constitui-se um exemplo de melhor prática na enfermagem, pois contribui diretamente para a segurança dos pacientes. Isso porque o PE influencia a maneira como eles são percebidos pela equipe de saúde, bem como o planejamento das intervenções e os resultados alcançados. Além da competência cultural e integralidade, são levados em conta aspectos referentes às evidências científicas e ao menor custo para implementação das ações, de maneira convergente aos pressupostos teóricos contidos no referencial das “melhores práticas”.

Considerações finais

A enfermagem brasileira vem trabalhando arduamente, na última década, para implantação e implementação da SAE por meio do PE, com vistas a melhorar a segurança do paciente e, por conseguinte, a qualidade do cuidado à saúde das pessoas.[14] Somam-se a isso esforços para que os profissionais de enfermagem contem com um ambiente que lhes favoreça o fazer mais adequado, ancorado em evidências científicas e ao encontro das necessidades do paciente. Contudo, há muito que avançar no Brasil para que, efetivamente, se consiga incorporar uma cultura de "melhores práticas" nos serviços de saúde, visto que, na atualidade, apenas alguns serviços estão estruturados como sendo de excelência na assistência de enfermagem.

Nesse sentido, concorda-se que, se for possível trabalhar em um ambiente com a quantidade e a qualificação adequadas dos profissionais de enfermagem, também será possível, de modo amplo e solidificado, realizar práticas de enfermagem baseadas em evidências.[14] Esses elementos também contribuirão para a busca contínua de novas evidências, capazes de mudar os resultados hoje identificados com relação à segurança do paciente, transformando a prática do cuidado. A enfermagem, dentre todas as profissões da área da saúde, é a que tem habilidades capazes de promover práticas centradas na proteção. Isso se deve a sua constância e proximidade com o paciente e a família, aspectos que devem ser pautados na agenda estratégica das instituições de saúde que desejam implantar a SAE para qualificação das ações de enfermagem.

Com isso, pretendeu-se provocar a reflexão sobre a importância de, na qualidade de profissionais e educadores na área da saúde e enfermagem, incentivar e adotar no cotidiano a prática fundamentada em um – ou vários – saberes, que devem ser aprimorados permanentemente e envolver bases e evidências científicas, pautados numa conduta ética. O conhecimento, associado à criatividade na realização da ação, transforma a realidade. Nessa direção, o PE pode ser compreendido como uma tecnologia de cuidado, pois suas bases contemplam conhecimentos que contribuem para a práxis e convergem para a qualificação desse cuidado. Isso se intensifica, sobretudo, quando o PE é compreendido a partir do referencial das melhores práticas. Com tais delineamentos, o PE contribui para a consolidação das prerrogativas da segurança do paciente e reforça o protagonismo da enfermagem nesse contexto.

Referências

1. Silva LAA, Ferraz F, Lino MM, Backes VMS, Schmidt SMS. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. 2010; 31(3): 557-61.

2. Vale EG, Pagliuca LMF, Quirino RHR. Saberes e práxis em enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009; 13(1): 174-180.

3. Pires D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 2009; 62(5): 739-744.

4. Paim LMD, Nietsche EA, Lima MGR. História da tecnologia e sua evolução na assistência e no contexto do cuidado de enfermagem. In: Nietsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro/a. São Paulo: Moriá; 2014.

5. Mackey A, Bassendowski S. The history of evidence-based practice in nursing education and practice. J Professional Nurs. 2017; 33 (1): 51-55.

6. Mansour MJ, Al Shadafan SF, Abu-Sneineh FT, Alamer MM. Integrating Patient Safety Education in the Undergraduate Nursing Curriculum: A Discussion Paper. The Open Nursing Journal. 2018; 12: 125-132. DOI: 10.2174/1874434601812010125.

7. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Revista Ciência Saúde Coletiva. 2013; 18(7): 2029-2036.

8. Kempfer SS, Birolo IVB, Meirelles BHS, Erdmann AL. Reflexão sobre um modelo de sistema organizacional de cuidado de enfermagem centrado nas melhores práticas. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre. 2010; 31(3): 562-566.

9. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2 eds. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

10. Okuno MFP, Belasco A, Barbosa D. Evolução da pesquisa em enfermagem até a prática baseada em evidências. In: Barbosa D, Taminato

M, Fram D, Belasco A. Enfermagem Baseada em Evidências. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 1-7.

11. McEwen M, Wills EM. Prática baseada em evidência e teoria de enfermagem. In: McEwen M, Wills EM. Bases teóricas de enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 264-282.

12. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LCD. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013; 21:131-139.

13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Um guia para identificar e documentar melhores práticas em programas de planejamento familiar. Genebra: OMS; 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258690/9789290341154-por.pdf;jsessionid=4253981D8B8659CA7CEC87DA28A9A3EC?sequence=5.

14. Pedreira MLG. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. 2009; 22: 880-881.

15. Al Maaitah R, AbuAlRub RF. Exame das ações prioritárias para o fortalecimento do papel das enfermeiras para conseguir a cobertura universal em saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2017; 25. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1696.2819.

16. Costa VT, Schlindwein M, Hörner B, Erdmann AL. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013; 21(5): 1-7.

17. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

18. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

19. Carvalho EC, Bachion MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem – intenção de uso por profissionais de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2009; 11(3): 466.

20. Danski MTR, Oliveira GLR, Pedrolo E, Lind J, Johann DA. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. Ciência, Cuidado e Saúde. 2017; 16 (2): 1-6. DOI: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i2.36304.

21. Nascimento JC, Draganov PB. History of quality of patient safety. História da Enfermagem: Revista Eletrônica. 2015; 6(2): 299-309.

22. Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. Revista Mineira de Enfermagem. 2013; 17(1): 216-220. DOI: 10.5935/1415-2762.20130018

23. Silva AT, Alves MG, Sanches RS, Terra FS, Resck ZMR. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro. 2016; 40(111): 292-301.

24. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa; 2017.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: MS; 2013.

26. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. Int J Qual Health Care. 2009; 21(4): 279-284.

27. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2008; 17(3): 216-223. DOI: 10.1136/qshc.2007.023622.

28. Antunes MJM, Guedes MVC. Integralidade nos processos assistenciais na atenção básica. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 19-28.

29. Pereira GN, et al. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. Revista Enfermagem em Foco. 2017; 8(2): 21-25.

Capítulo 6 - Melhores práticas relacionadas à implementação do processo de enfermagem na atenção primária

Margaret Ivanir Schneider, Maristela Michelon, Rita Mello de Mello

Introdução

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado na cidade de Porto alegre, no Rio Grande do Sul, vincula-se ao Ministério da Saúde e atua de forma integrada à rede pública de saúde municipal, estadual e nacional, ofertando exclusivamente atendimento à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É formado pelos hospitais: Nossa Senhora Conceição, Criança Conceição e Cristo Redentor; Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar; Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde e Gerência de Saúde Comunitária.[1]

A Gerência de Saúde Comunitária constitui-se pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pela Atenção Secundária-Saúde Mental. O serviço de APS compreende um Consultório na Rua Modalidade II[*], doze Unidades de Saúde, que abrigam 39 equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), 20 equipes de Saúde Bucal e 5 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo referência para aproximadamente 105 mil habitantes na zona norte e leste da cidade de Porto Alegre. O serviço de Saúde Mental é composto por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II da infância e adolescência, CAPS II adulto para transtornos mentais e CAPS III álcool e outras drogas), referência para aproximadamente 400 mil pessoas residentes nas zonas norte e leste da cidade. Cada um dos serviços oferece atendimento em diversas modalidades de acordo com a especificidade do público atendido.[2]

A Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde constitui-se de um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas realizadas por

uma equipe multiprofissional. Essas ações envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, sendo dirigidas à população em território definido. Dessa forma, a APS se configura como a principal porta de entrada do sistema de saúde, uma vez que coordena o cuidado e ordena as ações e os serviços disponibilizados pela Rede de Atenção à Saúde.[3]

As diretrizes da Gerência de Saúde Comunitária estão alinhadas às políticas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo GHC: ampliação do acesso da população aos serviços; melhora na qualidade da atenção com o fortalecimento da vinculação de usuários a profissionais das equipes; aprimoramento da capacidade de resposta às condições crônicas; persistência na busca na integralidade do cuidado e a integração entre serviço, ensino e pesquisa. Assim são desenvolvidas as ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e atividades relacionadas ao ensino. Os serviços da APS são campos de prática para o Programa da Residência Integrada em Saúde-GHC com ênfase em Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental, cursos técnicos e de graduação de várias universidades. Alguns profissionais da APS integram o corpo docente da Escola GHC, que desenvolve cursos técnicos e mestrado profissional e compõe o Centro de Pesquisas em APS.[2]

A partir dos relatos apresentados neste capítulo, pretende-se compartilhar a trajetória do atual processo para implantação do Processo de Enfermagem (PE) nas unidades de saúde, contribuindo para o fortalecimento da profissão da enfermagem enquanto ciência. Entende-se que, ao compartilhar experiências de sucesso, dificuldades e desafios, se fortalece a busca de um cuidado corresponsável, integral e longitudinal.

Para tanto, se faz necessária uma breve descrição do papel do enfermeiro na APS/GHC e a contextualização do movimento para a implantação do PE.

O enfermeiro e o processo de enfermagem na atenção primária à saúde-ghc

No ano de 1980, foi implantado o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Hospital Conceição, surgindo a necessidade

de criação de uma Unidade de Saúde com o objetivo de aperfeiçoar a formação de recursos humanos na área da “medicina de família e comunidade”. Em 1982, foi criada a primeira Unidade de Saúde com a particularidade de estar localizada no bloco H do próprio Hospital Conceição, que, de maneira concomitante, respondia ao aperfeiçoamento profissional dos médicos e prestava atenção às necessidades de atendimento à saúde da população circunscrita à área do hospital. Nasceu assim a Medicina de Família do Grupo Hospitalar Conceição, que, apesar de sua origem centrada na figura do médico, conseguiu contrapor o modelo assistencial curativista, fragmentado e tecnicista hegemônico na época.[4]

A primeira enfermeira foi contratada em 1985, com a proposta de organizar e coordenar o serviço, iniciando com atividades assistenciais, como procedimentos de enfermagem e vacinação e, posteriormente, capacitação, educação permanente para a equipe de enfermagem e trabalho em grupo com os usuários.[5] No ano de 1995, o então Serviço de Saúde Comunitária (SSC) contava com 12 Unidades de Saúde, número que permanece nos dias atuais, sendo acrescido pelo Consultório na Rua. A APS/GHC conta com 41 enfermeiros especialistas em Atenção Primária à Saúde para o equivalente de 29 Equipes de Estratégia de Saúde da Família, os quais buscam a implantação do PE no cotidiano de suas práticas.

O PE, um importante indicador de qualidade do cuidado que contribui para a integralidade e longitudinalidade do cuidado, é eficaz no registro das ações de enfermagem, na delimitação adequada de suas competências e como instrumento de comunicação entre os profissionais, assim como confere aporte jurídico aos profissionais da enfermagem.[6]

O PE não pode ser confundido com mais uma ação prescritiva, mas deve ser vista como uma importante ferramenta metodológica de cuidado e de desenvolvimento do raciocínio clínico do profissional, que traz na sua essência a qualificação da atenção norteada pelos princípios do SUS. Organiza-se em cinco etapas. A primeira etapa é a Coleta de Dados ou o Histórico de Enfermagem, que tem a finalidade de obter informações sobre a pessoa, família ou comunidade, podendo contar com o apoio de métodos e técnicas variadas de coleta de dados. Dessa forma, oferece elementos para a próxima etapa – Diagnóstico de Enfermagem –, que consiste na interpretação dos dados coletados para servir de base à seleção das ações ou intervenções. Na terceira etapa – o Planejamento de Enfermagem –, determinam-se os resultados a serem alcançados e a escolha das ações ou

intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas do que foi identificado durante o Diagnóstico de Enfermagem. A quarta etapa – Implementação – consiste na realização das ações e intervenções elencadas no planejamento. E a quinta etapa – Avaliação de Enfermagem –, de maneira sistemática e contínua verifica se as mudanças nas respostas das pessoas, da família ou coletividade alcançaram os resultados esperados. Trata-se também de um importante momento para a realização de necessárias mudanças ou adaptações nas etapas do PE.[7]

A enfermagem tem sido influenciada ao longo de tempo pelas transformações políticas, sociais e econômicas e tem se firmado como ciência por meio da ruptura de rótulos e paradigmas, o que exige uma consolidação do conhecimento da prática profissional desde a formação acadêmica até a aplicação nos diferentes cenários de cuidado[8]. Internacionalmente, a enfermagem é reconhecida como uma categoria profissional que se destaca por suas atitudes ativas para o acesso da população aos cuidados primários, ou seja, sua atuação é estratégica para as políticas públicas.[9]

Em 1988, as enfermeiras do SSC, atual GSC, e as enfermeiras do ambulatório do Hospital Conceição escreveram um documento solicitando a regulamentação da Consulta de Enfermagem (CE). Nessa solicitação, incluíram o pedido de exames e prescrição de medicamentos regulamentados pela legislação e de ampliação das atividades que consistiam na realização de procedimentos de enfermagem, aplicação de vacinas, atividades administrativas e grupos de educação em saúde. Esse processo não foi linear, apresentando muitos desafios e resistências institucionais ao longo do tempo para regulamentação dessa prática.[5]

A discussão sobre o PE e sua implantação vem permeando as discussões dos enfermeiros do serviço de APS/GHC. Em 2001, foi produzido um texto sobre o trabalho deles na GSC, que descrevia as consultas de enfermagem nas diferentes etapas do ciclo vital, segundo as diretrizes e protocolos assistenciais das ações programáticas do SSC. Naquela época, o tempo destinado às CE variava de 40-60% da carga horária do profissional, o que representou um importante indicativo do protagonismo dos enfermeiros.[10]

Os enfermeiros da APS/GHC atuam na Unidade de Saúde, no domicílio, no território e nas escolas, desenvolvendo as seguintes atividades: promoção de saúde com indivíduos e grupos; prevenção de doenças e agravos (rastreamentos, imunizações, identificação de situações de riscos

entre outros); acolhimento à demanda espontânea, consulta de enfermagem e acompanhamento das condições de saúde fisiológicas, agudas e crônicas em todos os ciclos de vida; visitas domiciliares; ações de vigilância em saúde; controle de infecção; procedimentos de enfermagem; ensino (educação permanente, preceptoria de residentes, supervisão de acadêmicos, da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde); planejamento e gerência do serviço de saúde; gestão da equipe e controle social. No cuidado da enfermagem na APS, alguns profissionais também utilizam recursos que transcendem o convencional, como a entrevista motivacional, as consultas sequenciais, o grupo de gestão autônoma da medicação e a aplicação de práticas integrativas e complementares, contribuindo para integralidade da atenção à saúde da população adscrita em seu território.

Devido à pluralidade de profissionais do quadro de enfermagem, com distintos entendimentos sobre o PE, diferentes tempos de formação e atuação na APS, se faz necessário um alinhamento conceitual. Cabe ressaltar que essa heterogeneidade de profissionais – alguns enfermeiros possuem outras especializações e mestrados – traz diferentes olhares e perspectivas para uma determinada situação, o que pode ser potencialmente eficiente. Diferentes formações contribuem também para a formação das equipes multiprofissionais, que se constituem por agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de farmácia, enfermeiros, médicos de família e comunidade, odontólogos, técnicos em saúde bucal, sob o apoio matricial de assistentes sociais, farmacêuticos, nutricionistas, médicos psiquiatras, internistas, pediatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

As Unidades de Saúde são campos de prática para a Residência Multiprofissional, prevendo uma formação em serviço em que os residentes participam ativamente de todas as atividades desenvolvidas. Os seminários de núcleo de enfermagem configuram-se como importante espaço, no qual acontecem discussões das demandas atendidas relacionadas a todas as condições de saúde subsidiadas por referencial teórico pertinente, o que também acontece com a discussão do PE e sua aplicação na prática. Dessa forma, enfermeiros e residentes de enfermagem formam uma parceria influente na discussão dos processos de trabalho.

A Resolução COFEN n. 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de

Enfermagem em ambientes públicos ou privados, o que abrange serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, enfim, todos os locais onde acontecem cuidados de enfermagem. O PE é uma ferramenta metodológica que orienta o cuidado da enfermagem e seu adequado registro, objetivando uma maior visibilidade da prática profissional em diferentes cenários de cuidado[11].

O enfermeiro é responsável pela implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e de seus recursos metodológicos, como o Processo de Enfermagem. Para tanto, requer que ele tenha uma apropriação do conhecimento científico e das competências profissionais para que possa elaborar Diagnósticos de Enfermagem e, consequentemente, determinar intervenções centradas nas necessidades do paciente, da família e comunidade[8].

O PE é constituinte da CE, que é privativa do enfermeiro e se encontra regulamentada pela Lei n° 7.498/1996, a qual dispõe sobre o exercício profissional, pelo Decreto n° 94.406/1987 que a regulamenta[12], [13]. A CE pode ser realizada em todos os contextos nos quais os enfermeiros atuam, na perspectiva do fortalecimento do vínculo e da resolutividade das necessidades demandadas pelos usuários, pela família e comunidade, além das identificadas pelo enfermeiro.

A CE contribui para um cuidado fundamentado na integralidade da atenção e no trabalho interdisciplinar. Busca atender as necessidades de saúde da população não somente na doença, mas em todos os aspectos, através de ações de educação em saúde, promoção do autocuidado, prevenção de doenças, diminuição de agravos de doenças já existentes e reabilitação[14].

Conforme apresentado anteriormente, o PE é uma relevante ferramenta metodológica que qualifica as ações de cuidado e, para tanto, é necessária a escolha de uma das Classificações Internacionais para que se tenha uma padronização da linguagem da enfermagem quanto aos diagnósticos, às intervenções, à avaliação e aos resultados. Existem várias; as mais conhecidas são a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), organizada pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros, e a NANDA Internacional (NANDA-I), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)[7], [14].

Outra importante ferramenta são os protocolos, instrumentos elaborados a partir das diretrizes e políticas de saúde, que surgem das necessidades de organizar melhor as ações de saúde ou de problemas a serem superados, os quais devem ser aplicados conforme as realidades locais para que possam produzir impactos positivos. Portanto, os protocolos auxiliam na SAE, favorecendo os processos de trabalho, fortalecendo as práticas assistenciais e respaldando legalmente os profissionais[15], [16].

Na APS/GHC, observa-se uma lacuna nos protocolos específicos da enfermagem. Os materiais de referência utilizados são as diretrizes clínicas, os manuais e os protocolos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e das Portarias Municipais e Institucionais GHC, o que impacta no desenvolvimento das atividades do enfermeiro devido à fragilidade no respaldo técnico e legal.

A complexidade do processo de trabalho da enfermagem, as demandas do cotidiano, o acúmulo de atribuições e o número insuficiente de profissionais sobrecarregam o enfermeiro, o que dificulta a problematização e qualificação de alguns processos de trabalho, comprometendo diretamente nos resultados da assistência prestada. Apesar da Resolução COFEN n° 358/2009, o PE ainda apresenta fragilidades na aplicação de todas as suas fases[16]. Diante disso, a equipe de enfermagem da APS/GHC vem construindo espaços de discussão sobre a SAE, que inclui a implantação do PE para direcionar a prática da enfermagem considerando as diretrizes da GSC, que terá como cenário as 12 Unidades de Saúde e o Consultório na Rua.

Conforme mencionado, se está diante de uma diversidade conceitual; portanto, se identifica a necessidade de especificar/detalhar os elementos que direcionam a construção do PE, assim como também a definição da Teoria de Enfermagem que sustentará o desenvolvimento deste trabalho.

Em 2017, alguns enfermeiros e a responsável técnica de enfermagem da GSC tencionaram que fossem discutidos o Processo de Enfermagem, seu registro e aplicabilidade na APS/GHC, bem como a utilização de Classificações Internacionais, evidenciando a necessidade de realizar um alinhamento conceitual sobre a CE nos diferentes ciclos e situações de vida. Em 2018, foram organizadas atividades de Educação Permanente (EP) acerca da temática. Essa iniciativa foi recebida com entusiasmo pela maioria dos participantes, que entenderam ser um momento profícuo para tal debate.

Os encontros de EP aconteceram na estrutura física da Escola GHC, com frequência mensal, carga horária de três horas, em dois turnos distintos para contemplar todos os enfermeiros. Foram utilizadas diversas metodologias, com ênfase na discussão de casos clínicos, um potente recurso metodológico que permite a reflexão e problematização das vivências do cotidiano de trabalho, subsidiados pelo aporte teórico dos Cadernos de Atenção Básica e de outras referências atuais sobre a temática. Mais especificamente ao desenvolvimento do PE, no decorrer das atividades, foram apresentados alguns Diagnósticos de Enfermagem conforme as Classificações NANDA-I e CIPE® e suas respectivas intervenções para que o grupo escolhesse os prioritários, conforme os casos, e discutisse como seria a utilização na prática.

No primeiro encontro da EP, foi trabalhado com os enfermeiros o PE na APS, suas etapas e os Diagnósticos de Enfermagem segundo a classificação NANDA-I. A mesma atividade foi replicada para os residentes de enfermagem como parte da carga teórica exigida pela Residência, entendendo que a discussão entre enfermeiros da APS e os residentes de enfermagem direciona para mudanças no contexto para a implementação do PE e contribui ativamente para a formação dos futuros profissionais da APS.

No segundo encontro, a temática abordada foi a CE na atenção à saúde da mulher. Nessa atividade, o grupo presente considerou fundamental discutir melhor as classificações, valendo-se de outras, a exemplo da CIPE®. Nos demais encontros, os temas desenvolvidos foram as CE nas infecções sexualmente transmissíveis, em hipertensão e diabetes *melittus*, na saúde da gestante, na saúde da criança, na saúde sexual e reprodutiva. As CE tiveram uma abordagem no contexto individual, familiar e coletivo, com discussões da aplicação do PE, conforme casos discutidos e vivenciados na rotina de trabalho. Ao término de cada encontro, realizou-se avaliação, conforme instrumento específico.

Embora, em 2012, já tivesse sido realizada uma discussão pelo grupo de trabalho constituído por enfermeiros de todos os serviços do GHC e se optado em utilizar a Classificação NANDA-I para os Diagnósticos de Enfermagem, os enfermeiros da APS entendem que tal classificação está mais voltada para a área hospitalar. Por isso, entendem necessário rediscutir outras classificações – a CIPE®, por exemplo – que é uma das classificações que representa o domínio da prática da enfermagem mundial

e utiliza terminologia padronizada, ampla e complexa, podendo ser aplicada em diferentes cenários a nível individual, familiar e comunitário. É multiaxial combinatória, permite formular diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem representando a diversidade da prática profissional. Pode ser considerada uma tecnologia de informação eficaz que facilita o raciocínio clínico e a documentação as famílias na APS[18].

Nos encontros da EP, a partir dos relatos dos participantes e da produção durante as atividades, identificou-se a não utilização do DE, sendo habitual o uso do Código Internacional de Doenças (CID), prática, de certa forma, sustentada, já que muitos Indicadores de Saúde da GSC são monitorados por essa classificação. O não uso do DE impacta na produção de conhecimento da enfermagem e, consequentemente, no reconhecimento profissional. Também se perceberam diferentes entendimentos sobre o PE, múltiplas formas de registro, resistência e dificuldade dos profissionais para utilização das classificações internacionais, uma vez que implica mudanças em um processo que já está estabelecido e direciona para outra forma de pensar e de realizar o cuidado.

Os registros incompletos ou não realizados do processo de cuidado podem resultar na invisibilidade de reconhecimento profissional, em impedimento para o avanço da enfermagem como ciência, em prejuízos à assistência e em uma comunicação não efetiva no sistema de saúde[16]. Os registros constituem exigência legal e são fontes de informação relevantes e primordiais para o acompanhamento da qualidade e segurança da assistência de enfermagem e, portanto, o enfermeiro deve documentar formalmente as informações do processo de cuidar, bem como as etapas do PE[19], [20]. Importante ressaltar que o registro é parte do cuidado de enfermagem. É a comprovação de que o cuidado foi realizado.

Diante da realidade vivenciada, uma das estratégias a ser adotada é aprofundar os conhecimentos sobre o PE, incluindo as classificações NANDA-I e CIPE®. Assim, o grupo terá embasamento para decidir qual a taxonomia a ser utilizada na APS, com vistas à organização da lista de Diagnósticos de Enfermagem e as Intervenções de Enfermagem, para futuramente incluir no prontuário eletrônico.

Em nível hospitalar, o GHC utiliza a Classificação NANDA-I e o PE está informatizado, mas ainda não foi implantado em todas as unidades hospitalares. A forma de registro atual na APS/GHC é através de prontuário físico, mas a implantação do prontuário eletrônico do paciente se encontra

em fase de construção e difere do prontuário hospitalar devido às particularidades dos cuidados da APS. A implantação eletrônica do registro do PE na sua totalidade e a padronização nas unidades de saúde vão viabilizar a criação de indicadores de avaliação de enfermagem, bem como o monitoramento dos registros e funcionalidade da aplicabilidade do PE. Acredita-se que serão muitos desafios, desde a forma da inclusão do registro, aceitação de outras categorias profissionais, até a operacionalização de maneira sistemática pelos enfermeiros.

Considerações finais

Nos seus mais de 30 anos, a APS/GHC tem conseguido conquistar resultados positivos no cuidado da população de seu território, que representa 10% da população de Porto Alegre, na formação de recursos humanos para o SUS e no desenvolvimento de tecnologias em APS[2].

O enfermeiro, a partir das especificidades da própria profissão, dispõe de um olhar macro para o processo de trabalho e se faz presente em quase todos os momentos assistenciais e na comunicação entre os usuários e os serviços de saúde[15]. A profissão vem se firmando ao longo dos tempos como ciência, mas para o seu fortalecimento é necessário que o conhecimento científico permeie sua prática profissional.

Apesar de o trabalho do enfermeiro ter evoluído, ser nacionalmente reconhecido pela sua contribuição na consolidação do SUS e ser integrante da equipe multiprofissional, não impede que ele se depare com desafios no cotidiano dos serviços, como a implantação do PE. Cabe salientar a importância do empoderamento da enfermagem. Toda a equipe de saúde deve ter conhecimento do que é o PE, o que são os DE e sua implicação na prática assistencial. Salienta-se que o cuidado na APS é compartilhado entre os profissionais; para tanto, necessita-se ter compreensão e clareza do que cada um faz, ara que o trabalho não seja fragmentado.

Nessa trajetória para implantação do PE, constatou-se, através dos relatos e avaliações dos enfermeiros, que os encontros de Educação Permanente proporcionaram reflexões sobre a prática da enfermagem nas diferentes unidades de saúde, como fazer de maneira científica e não empírica.

Em 2019, devem continuar as discussões em grupos, nas EP sobre a CE nas diversas áreas que não foram abordadas. Há intenção de realizar um

Projeto de Pesquisa, a ser aplicado a todos os enfermeiros da APS / GHC, visando conhecer as dificuldades, os desafios e os limites para a implantação do PE, sob a ótica desses profissionais. Na sequência, a ideia é iniciar um projeto-piloto em uma área de atenção à saúde a ser definida conforme prioridade para a implantação do PE, em todas as unidades de saúde. Para isso, podem ser utilizados alguns subsídios, como avaliação dos Indicadores de Saúde da GSC, magnitude e prevalência de doenças e seus agravos na APS. Sabe-se da relevância da aplicação do PE nas CE, mas se entende que, inicialmente, não poderá ser realizado em todas as áreas de atuação do enfermeiro na APS. Deve ser uma construção coletiva com engajamento e envolvimento de toda a categoria e gestores para que seja possível a concretização das metas.

Com a realização deste estudo, espera-se que haja uma maior valorização, visibilidade e qualificação do trabalho do enfermeiro, refletindo na atenção à saúde prestada ao usuário, à família e comunidade. Salienta-se que o PE exige continuamente reflexão, estudo e pesquisa para que, de fato, qualifique as ações e impacte positivamente na atenção à saúde da população.

Referências

* Conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 122, de 25 de janeiro de 2011, Consultório na Rua Modalidade II tem sua equipe formada minimamente por 6 profissionais, sendo três de nível superior excetuando médico e três de nível médio.

1. Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em: https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1.

2. Grupo Hospitalar Conceição. Diretrizes para o Planejamento 2013-2020: Acesso: Qualidade de Atenção; Integração Ensino-Serviço. Orientações para organização dos processos de trabalho e desenvolvimento das ações relativas às diretrizes nas unidades de saúde, centro de atenção psicossocial e consultório na rua. Porto Alegre; 2015.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção

Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 22 de setembro de 2017; Seção1.

4. Oliveira FA. Serviço de Saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em Unidade de saúde comunitária. Porto Alegre. Dissertação [Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social] – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS; 1998.

5. Ferreira SR, Malerba H, Pires N. História e avanços do trabalho de enfermagem na Divisão de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Momento & Perspectiva em Saúde. 1996 jul-dez; 9(2):106-113.

6. Pereira FCC, Bonfada D, Lima KC, Miranda FAN. Processo de trabalho da enfermagem: pensando a fragmentação a partir da contextualização no centro cirúrgico. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2014; 27(1):86-92.

7. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: Um Guia Prático. Salvador; 2016.

8. Moser DC, Silva GA, Maier SRO, Barbosa LC, Silva TG. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental Online. 2018; 10(4).

9. David, HMSL, Acioli, S, Seidl, HM, Brandão, PL. O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: Mendonça, MHM, Matta GC, Gondim, R, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2018: 337-368.

10. Grupo Hospitalar Conceição. O Processo de trabalho das enfermeiras do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e a criação de Indicadores de Avaliação. Porto Alegre; 2012.

11. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 /2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 de outubro de 2009; Seção 1.

12. BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Diário Oficial da União 26 de junho de 1986; Seção 1.

13. BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 09 de junho de 1987; Seção 1.

14. Ferreira, SRS; Périco, LAD, Lucena AF, Laurent MCR. O Processo de Enfermagem com o fundamento para o Cuidado na Atenção Primária à Saúde. In: Ferreira SRS, Périco LAD. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017:51-68.

15. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. Diretrizes para o trabalho dos enfermeiros na Atenção primária à Saúde. In: Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017:03-24.

16. Trindade LR, Ferreira AM, Silveira A, Rocha EN. Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. Centro de Ciências da Saúde da UFSM. 2016 jan-jun; 42(1):75-82.

17. Garcia TR, Bartz CC, Coenen AM. Classificação para a Prática da Enfermagem-CIPE versão 2017. Porto Alegre: Artmed. 2018:01-16.

18. Alves MHL, Gasparello FJ. Cuidado de enfermagem com famílias - agregando um método para aplicação da CIPE. In: Cubas MR, Nóbrega MML. Atenção Primária em Saúde: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier. 2015:37-60.

19. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União 06 de dezembro de 2017; Seção 1.

20. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Diário Oficial da União 8 junho 2012; Seção 1.

Posfácio

O posfácio desta obra sintetiza a proposta desenhada pelos autores cuidadosamente convidados para delinear conceitos, concepções e principalmente materializar a prática do Processo de Enfermagem no ensino e serviço, colocando em evidência a utilização de uma metodologia para assistência de enfermagem e Sistema de Linguagem Padronizada (NANDA-I, NOC, NIC e CIPE). Além disso, agrega também como função uma difícil e honrosa missão. Os organizadores sentem-se lisonjeados; sentem-se, na verdade, honrados com a oportunidade de dividir a composição de autoria deste livro na estruturação de seu primeiro capítulo com a Dr.ª Telma Ribeiro Garcia. Ocorre que esta representante assídua, fervorosa, ícone para a enfermagem nas temáticas Sistematização da Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem e CIPE fez sua passagem deste plano em 06 de junho de 2019. A Dr.ª Telma (carinhosamente assim chamada) aceitou escrever o capítulo “Sistematização da prática e processo de enfermagem: elementos estruturantes do saber e do fazer profissional”. Enfermeira aguerrida, sorridente, dinâmica e disponível – sempre – e, principalmente, um magnífico exemplo, por sustentar, por ter tido a iniciativa em fazer frente a uma temática vital para a enfermagem, mas que encontra certamente inúmeras barreiras – das mais diversas – para sua concretização e lamentavelmente muitas vezes conduzidas pelos próprios profissionais enfermeiros.

A Dr.ª Telma, profissional de vanguarda, vislumbrou com muita clareza a formação clínica de excelência, ensejada, desejada para a enfermagem, o desenvolvimento do Raciocínio Clínico, atributo necessário ao alcance desta performance de formação e que justamente coloca o enfermeiro no lugar e espaço social profissional que deve e tem direito em atingir, isto é, um profissional que desenvolve atenção em saúde com *expertise* clínica. Tudo isso a nossa querida Dr.ª Telma enxergou desde os primórdios de sua formação e entendeu que a metodologia do Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência eram caminhos seguros e científicos para esta formação.

Ao mesmo tempo em que se disponibiliza ao público da área da enfermagem um compêndio, cujo tema é extremamente relevante e essencial, despedimo-nos da Dr.ª Telma, tristes por não podermos mais usufruir desta brilhante convivência. Contudo, ao mesmo tempo, felizes, por termos sido agraciados com este aparte que já compõe sua bela e inestimável trajetória profissional. Obrigada, querida Dr.ª Telma!

Instituições envolvidas

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECO)
Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF)

Organizadoras

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pela Escola Anna Nery da UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES/UFFS). Membro da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem de Santa Catarina (COMSISTE), atuando principalmente nos seguintes temas: Processos de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Ensino aprendizagem e uso de metodologias inovadoras; Gestão e Estágio Curricular Supervisionado.

Edlamar Kátia Adamy
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Docente do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Pesquisadora e integrante dos grupos de pesquisa Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento e do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA), atuando principalmente nos seguintes temas: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Tecnologias do cuidado; Formação e Educação em Enfermagem. Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional, gestão 2016-2019.

Carla Argenta
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), atuando na Saúde do Idoso e do Adulto, Processo de Enfermagem e Sistemas de Linguagens Padronizadas em Enfermagem.

Autores

Adrean Scremin Quinto
Enfermeiro. Mestrando em Biociências e Saúde. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

Adriana Gracietti Kuczmainski
Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste/Chapecó.

Aline Massaroli
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Campus Chapecó. Líder do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES/UFFS) e membro do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/UFSC).

Andressa Reginatto Percisi
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Campus Chapecó. Bolsista de Iniciação Científica Edital nº 1010/GR/UFFS/2018. Membro do Grupo de Pesquisa Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES/UFFS).

Angela Maria Alvarez
Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Vice-líder do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Enfermagem Cuidado em Saúde à Pessoa Idosa (GESPI/UFSC).

Carine Vendruscolo
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de

Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Centro de Educação Superior do Oeste/Chapecó, Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Vice-líder do Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GESTRA/UDESC) e membro do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/UFSC).

Carla Argenta
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste/Chapecó, Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Atua na Saúde do Idoso e do Adulto. Processo de Enfermagem e Sistema de Linguagem Padronizada em Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado humano e processo saúde-adoecimento (UDESC). Membro da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem de Santa Catarina (COMSISTE).

Cheila Karei Siega
Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste/Chapecó. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado humano e processo saúde-adoecimento (UDESC).

Denise Antunes de Azambja Zocche
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste/Chapecó, Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Vice-coordenadora do MPEAPS. Membro do Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GESTRA/UDESC) e membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado humano e processo saúde-adoecimento (UDESC).

Edlamar Kátia Adamy
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação

Superior do Oeste/Chapecó, Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado humano e processo saúde-adoecimento e do Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GESTRA/UDESC). Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn Nacional) gestão 2016-2019.

Elisangela Argenta Zanatta
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste/Chapecó, Graduação e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS). Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado humano e processo saúde-adoecimento (UDESC).

Fabiane Ferraz
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol). Membro do Grupo de Pesquisa em Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde (GECIES).

Gloriana Frizon
Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf) da Associação Hospitalar Lenoir Vagas Ferreira (AVLC). Coordenadora da Residência Uniprofissional de Enfermagem em Urgência e Emergência da ALVF, em parceria com Unochapecó, UDESC e UFFS.

Ingrid Pujol
Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC. Mestre pelo Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste/Chapecó. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado humano e processo saúde-adoecimento (UDESC).

Jussara Gue Martini
Enfermeira. Doutora em Educação. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC). Líder do Laboratório de Pesquisa e Tecnologia em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/UFSC). Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem de Santa Catarina (COMSISTE).

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Campus Chapecó. Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES/UFFS). Membro da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem de Santa Catarina (COMSISTE).

Marcia Regina Cubas
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta da Pontífica Universidade Católica do Paraná (PUC) na Graduação e Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. Membro da Comissão Mista ABEn/PR e COREN/PR da COMSISTE.

Margaret Ivanir Schneider
Enfermeira da Gerência da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre-RS. Mestre em Saúde Mental Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem ULBRA Canoas.

Maristela Michelon
Enfermeira da Gerência da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre-RS. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Programa de Saúde da Família pelo Centro Universitário São Camilo.

Miriam de Abreu Almeida
Enfermeira, Doutora em Educação. Professora do Curso de Graduação em Enfemagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Vice-lider do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI). Membro do Diagnosis Development Committee da NANDA International (2010-2018). Fellowship da NANDA International.

Olvani Martins da Silva
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem do Estado de Santa Catarina (UDESC), Centro de Educação Superior do Oeste/Chapecó. Professora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Urgência e Emergência da ALVF em parceria com a Unochapecó, UDESC e UFFS. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Cuidado Humano e Processo Saúde-adoecimento (UDESC).

Patrícia Poltronieri
Enfermeira da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AVLC). Fundadora da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência em Enfermagem e Processo de Enfermagem (LA SAEPE-UDESC). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, cuidado humano e processo saúde-adoecimento (UDESC).

Rita Mello de Mello
Enfermeira da Gerência da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) de Porto Alegre-RS. Mestre em Enfermagem UFRGS. Docente Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)-RS.

Susane Karine Kerckoff Machado
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Bolsista de iniciação científica. Fundadora da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência em Enfermagem e Processo de Enfermagem (LA SAEPE-UDESC). Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, cuidado humano e processo saúde-adoecimento (UDESC).

Tania Maria Tacca Zunkowski
Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da

Saúde. Membro da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf) da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AVLF).

Telma Ribeiro Garcia
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente (aposentada) do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, CCS-UFPB. Diretora do Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, CCS-UFPB, acreditado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras(os). Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem, ABEn Nacional, gestão 2016-2019.

Vander Monteiro da Conceição
Enfermeiro. Doutor em Ciências. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação Popular e Formação em Saúde e Enfermagem (EDUFES/UFFS).

Veridiana da Silva Pinto
Enfermeira da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AVLC). Especialista em Enfermagem em Cuidados Oncológicos.

Reitoria

Reitor	Marcelo Recktenvald
Vice-Reitor	Gismael Francisco Perin
Chefe do Gabinete do Reitor	Rafael Santin Scheffer
Pró-Reitora de Administração e Infraestrutura	Rosangela Frassão Bonfanti
Pró-Reitor de Assuntos Estudantis	Rubens Fey
Pró-Reitor de Gestão de Pessoas	Claunir Pavan
Pró-Reitora de Extensão e Cultura	Patricia Romagnolli
Pró-Reitor de Graduação	Jeferson Saccol Ferreira
Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação	Clevison Luiz Giacobbo
Pró-Reitor de Planejamento	Everton Miguel da Silva Loreto
Secretária Especial de Laboratórios	Edson da silva
Secretário Especial de Obras	Fábio Correa Gasparetto
Secretário Especial de Tecnologia e Informação	Ronaldo Antonio Breda
Procurador-Chefe	Rosano Augusto Kammers
Diretor do Campus Cerro Largo	Bruno Munchen Wenzel
Diretor do Campus Chapecó	Roberto Mauro Dall'Agnol
Diretor do Campus Erechim	Luís Fernando Santos Corrêa da Silva
Diretor do Campus Laranjeiras do Sul	Martinho Machado Júnior
Diretor do Campus Passo Fundo	Julio César Stobbe

Diagramação COMUNICA
(Agência de Comunicação EIRELI)

Capa Mariah Carraro Smaniotto

Divulgação Diretoria de Comunicação Social

Formatos e-PUB, MOBI e PDF

P963

Processo de enfermagem [livro eletrônico]: história e teoria / organizadoras Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt, Edlamar Kátia Adamy, Carla Argenta. – Chapecó : Ed. UFFS, 2020. – il. – (Coleção Processo de Enfermagem: da teoria à prática)

978-65-86545-23-4 (e-pub)

1. Enfermagem 2. Enfermagem – Formação 3. Processo de enfermagem I. Bitencourt, Julia Valeria de Oliveira Vargas (org.)

II. Adamy, Edlamar Kátia (org.) III. Argenta, Carla (org.) IV. Série

CDD: 610.73

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Bibliotecas – UFFS
Franciele Scaglioni da Cruz
CRB - 14/1585